



## **Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega**

**Carla Sofia de Azevedo Meneses Machado**

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde*

**Orientada por: Profº Drº Pedro Lopes Ferreira**

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Vila Nova de Gaia, Novembro de 2012









## **Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega**

**Carla Sofia de Azevedo Meneses Machado**

**Profº Drº Pedro Lopes Ferreira**

Vila Nova de Gaia, Novembro de 2012



## Resumo

A reforma dos cuidados de saúde primários surgiu, em 2005, com o objectivo principal de criar um novo modelo de organização dos cuidados de saúde primários mais próximo dos cidadãos e mais eficiente, tendo surgido, neste contexto, as Unidades de Saúde Familiares (USF) e, mais recentemente, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Importa agora determinar a avaliação que os utentes destas unidades fazem dos cuidados que lhes são prestados.

O presente estudo pretende avaliar a satisfação dos utentes das UCSP e USF do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Tâmega I- Baixo Tâmega e identificar os factores que a influenciam, tendo sido utilizado para tal uma versão adaptada e validada do questionário Europep.

Os resultados demonstram que os utentes do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega avaliam favoravelmente os cuidados de saúde. As dimensões com maior satisfação são a “relação e comunicação”, com destaque para o tempo dedicado pelo pessoal de enfermagem, os “recursos humanos”, com destaque para a competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem e as “instalações”.

Os níveis mais baixos de satisfação, embora positivos, são relativos à organização dos serviços e continuidade e cooperação. O tempo de espera na sala de espera, referente à organização dos serviços, é, entre todos, o aspecto com pior avaliação distanciando-se significativamente de todos os outros itens avaliados.

Também na análise dos comentários relativos a surpresas agradáveis e desagradáveis encontradas nas unidades verifica-se que os aspectos organizacionais são os que mais desagradam os utentes e os relacionais os que mais agradam.

Verifica-se que a idade, estado civil, escolaridade, utilização da unidade de saúde e tipo de unidade determinam diferenças na satisfação.

Os utentes das USF recomendam mais a sua unidade de saúde e encontram-se mais satisfeitos em todas as dimensões da satisfação avaliadas, sendo esta discrepância mais acentuada a nível da organização dos serviços e resposta às necessidades.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde primários, satisfação de utentes, USF e UCSP

## **Abstract**

The reform of primary health care came in 2005 with the main objective of creating a new organizational model of primary health care services closer to citizens and more efficient, having arisen in this context, the Family Health Units (USF) and, more recently, Personalized Healthcare Units (UCSP). It matters now determinate the evaluation that users of these units do of the health care provided to them.

This study aims to evaluate the satisfaction of the users of the UCSP and USF of ACES Tâmega I - Baixo Tâmega and identify the factors that influence it, having been used for such a version adapted and validated questionnaire Europep.

Results show that users of the ACES Tâmega I - Baixo Tâmega evaluate favorably the health care. The dimensions with greater satisfaction are the "relationship and communication", especially the time spent by nursing staff, "human resources", with emphasis on competence, courtesy and caring nursing staff and "facilities".

The lowest levels of satisfaction, while positive, are related to the organization of services and continuity and cooperation. The wait time in the waiting room, on the organization of services is, among all, the worst aspect to review distancing themselves significantly from all other items evaluated.

Also the analysis of comments on the pleasant and unpleasant surprises found in the units shows that organizational aspects are the most displeasing users and relational ones that most appeal.

It appears that age, marital status, education level, use of the health unit and unit type determines differences in satisfaction.

Users of USF recommend more your unit health and are more satisfied in all dimensions of satisfaction evaluated, this discrepancy is more pronounced in the organization of services and answer to needs.

**Key-words:** primary health care, patient's satisfaction, USF e UCSP



## Resumen

La reforma de los cuidados de atención primaria surgió , en 2005, com el objetivo principal de crear un nuevo modelo de organización de los cuidados de atención primaria mas próximos de los ciudadanos y mas eficiente, apareciendo asi en este contexto, las Unidades de Salud Familiar (USF) y mas recientemente las Unidades de Cuidados de Salud Personalizados (UCSP). Importa ahora determinar la evaluación que los usuários de estas unidades hacen de los cuidados que se les prestan.

En este estudio se pretende evaluar la satisfacción de los usuários de las UCSP y USF del Agrupamiento de Centros de Salud (ACES) Tâmega I – Baixo Tâmega e identificar los factores que la influncian siendo utilizada para esto una versión adaptada y validada del questionário Europep.

Los resultados demuestran que los usuários del ACES Tâmega I- Baixo Tâmega hecen una evaluación favorable de los cuidados de salud. Las dimensiones mas satisfactorias son “la relación y la comunicación”, destacando el tiempo dedicado por el personal de enfermeria, los “recursos humanos” , destacando la competência, cortesia y cariño de los enfermeros y las “instalaciones”.

Los niveles mas bajos de satisfacción, aunque positivos, son los relativos a la organización de los servicios, la continuidad y cooperación. El tiempo de espera, en la sala, es entre todos los referido a la organización de los servicios, el peor evaluado distanciandose significativamente de todos los demas itens que entraron en el estudio. Analizando los comentarios relativos a sorpresas agradables y desagradables encontradas en las unidades, también se verifico que los aspectos de la organización son los que mas desagradan a los usuários y los relativos a la relación los que mas agradan.

Se verifica que la edad, estado civil, escolaridad, uso de la unidad y tipo de unidad determinan diferencias en quanto a la satisfacción.

Los usuários de las USF recomiendan mas su unidad de salud y se encuentran mas satisfechos en todas las dimensiones de satisfacción evaluadas, siendo esta discrepancia mas acentuada a nível da la organización de los servicios y la respuesta a las necesidades.

**Palabras clave:** cuidados de salud primários, satisfacción de usuários, USF y UCSP



**Dedico este trabalho à minha mãe  
que quero acreditar que me está a acompanhar...**



## Agradecimentos

Quero agradecer ao Professor Drº Pedro Lopes Ferreira pela orientação dada;

Às minhas colegas de trabalho da UCSP Amadeo Souza Cardoso pela compreensão e apoio;

A todas as pessoas envolvidas que directa ou indirectamente participaram no estudo;

À Cátia, minha parceira de estudos, pelos momentos de partilha e interajuda;

E por último ao Hugo, o meu grande suporte em todas as ocasiões...

...obrigada!



## **Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Sub-Região de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública





## Índice

Resumo .....	vii
Agradecimentos .....	xiii
Abreviaturas .....	xv
Índice .....	xvii
Índice de Figuras .....	xix
Índice de Tabelas .....	xx
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>5</b>
1.1 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários .....	7
1.1.1 Novo modelo organizacional dos Cuidados de Saúde Primários .....	9
1.1.1.1 Agrupamentos de Centros de Saúde .....	11
1.2 Qualidade em cuidados de saúde .....	17
1.2.1 Avaliação da Qualidade de Cuidados de Saúde .....	21
1.3 Satisfação dos Utentes nos Serviços de Saúde .....	25
1.3.1 A satisfação como indicador de qualidade de cuidados de saúde .....	27
1.3.2 Determinantes e Dimensões da Satisfação de Utentes .....	29
1.3.3 Estudos de Satisfação de Utentes nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses .....	32
<b>Capítulo II - Métodos .....</b>	<b>37</b>
2.1 Caracterização do Estudo .....	39
2.2 Objectivos, finalidades e hipóteses de investigação .....	39
2.3 População e amostra .....	40
2.4 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo .....	44
2.5 Procedimentos .....	45
<b>Capítulo III - Resultados .....</b>	<b>49</b>
3.1 Caracterização da amostra .....	51
3.2. Satisfação segundo as variáveis sociodemográficas e de utilização .....	57
3.3. Satisfação por tipo de unidade de saúde .....	63
3.4. Opiniões dos utentes .....	66
3.4.1. Surpresas agradáveis .....	66
3.4.2. Surpresas desagradáveis .....	69
<b>Capítulo IV – Discussão de Resultados .....</b>	<b>73</b>

<b>Conclusões .....</b>	<b>81</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>83</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>i</b>
Anexo I – Questionário Europep.....	<a href="#">iii</a>
Anexo II – Autorização para aplicação do questionário.....	ix
Anexo III – Instruções de aplicação do questionário .....	xiii

## Índice de Figuras

Figura 1 – Esquematização dos principais conceitos que compõem o quadro teórico.....	7
Figura 2 - Vertentes da reforma dos cuidados de saúde primários.....	10
Figura 3 - Estrutura Orgânica de um ACES .....	12
Figura 4 - Indicadores da carteira básica de serviços .....	15
Figura 5 - Dimensões para avaliação da qualidade de cuidados de saúde .....	19
Figura 6 - Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde.....	23
Figura 7 - Estudos de Satisfação de Utentes dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	33
Figura 8 . Unidades de Saúde incluídas no estudo .....	41
Figura 9 – Representação gráfica da satisfação dos utentes das USF e UCSP nas diversas dimensões .....	64
Figura 10 – Surpresas agradáveis na dimensão relacional .....	67
Figura 11 – Surpresas agradáveis na dimensão técnica.....	67
Figura 12 – Surpresas agradáveis na dimensão organizacional .....	68
Figura 13 – Surpresas agradáveis na dimensão material .....	68
Figura 14 – Surpresas desagradáveis na dimensão organizacional .....	69
Figura 15 – Surpresas desagradáveis na dimensão material.....	70
Figura 16 – Surpresas desagradáveis na dimensão técnica .....	70
Figura 17 – Surpresas desagradáveis na dimensão relacional .....	71

## Índice de Tabelas

Tabela 1– Aplicação do Europep no ACES Tâmega I – Baixo Tâmega .....	43
Tabela 2 – Descrição sociodemográfica da amostra e dados de utilização da unidade de saúde.....	51
Tabela 3 – Análise descritiva da idade de acordo como sexo .....	52
Tabela 4 – Satisfação global Europep .....	53
Tabela 5 – Satisfação global nas áreas específicas.....	53
Tabela 6 - Análise descritiva das dimensões Europep da Satisfação .....	54
Tabela 7 – Análise descritiva das dimensões nas áreas específicas.....	55
Tabela 8 – Distribuição da recomendação da unidade de saúde e intenção de mudança .....	57
Tabela 9 – Satisfação dos utentes em função do sexo e da idade .....	58
Tabela 10 – Satisfação dos utentes em função do estado civil .....	59
Tabela 11 – Satisfação dos utentes em função da escolaridade.....	60
Tabela 12 – Satisfação de utentes em função do número de consultas nos últimos seis meses .....	61
Tabela 13 – Satisfação global por tipo de unidade de saúde .....	63
Tabela 14 – Satisfação dos utentes das USF e UCSP nas diversas dimensões .....	63
Tabela 15 – Recomendação da unidade de saúde e intenção de mudança por tipo de unidade .....	65

## **Introdução**

Os cuidados de saúde, em geral, constituem um aspecto fundamental do desenvolvimento económico e social de qualquer país, pelo que assumem actual relevância no nosso domínio sociopolítico. Os governos procuram cada vez mais organizar sistemas de saúde que fomentem uma melhor equidade, eficiência, efectividade e capacidade de resposta na resolução dos problemas de saúde dos cidadãos. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido reconhecidos como determinantes para o alcance destes objectivos, e considerados pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS) como essenciais para os sistemas de saúde, uma vez que são as principais entidades responsáveis pela promoção e melhoria do nível de saúde das populações. Contudo, as alterações sociodemográficas têm marcado as últimas décadas e determinam a necessidade de respostas adequadas a um conjunto de exigências crescentes.

A evolução dos problemas de saúde comunitários, bem como da própria prestação dos cuidados de saúde têm imposto a necessidade de reorganização das instituições e de métodos de trabalho. A própria realidade económica encontra-se em colisão com aquilo que são as necessidades em saúde dos cidadãos. Desta necessidade de mudança, surge, assim, em 2005, a reforma dos cuidados de saúde primários com o objectivo principal de reconfigurar os centros de saúde através de políticas de saúde adequadas e criar um novo modelo de organização dos cuidados de saúde primários mais próximo dos cidadãos e mais eficiente. No âmbito desta reforma são reestruturados serviços e criadas novas unidades operativas a nível dos centros de saúde (CS). Enfatiza-se a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população, surgindo, assim, em 2005 as primeiras Unidades de Saúde Familiares (USF), a que se seguiu mais tarde o início da reorganização dos CS em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como o processo de candidaturas das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e o início da constituição dos restantes tipos de unidades, nomeadamente, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), entre outras.

As USF são pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, que dispõem de autonomia funcional e técnica, possuem uma contratualização de carteira básica de serviços e beneficiam de um sistema retributivo que premeia a produtividade, a acessibilidade e a qualidade.

À semelhança das USF foram criadas, em 2010, as UCSP. Possuem, tal como já consagrado para as USF na Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro, um compromisso assistencial com objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência, embora não possuam estatuto jurídico e não se encontrem ainda regulamentadas. São compostas por uma equipa multidisciplinar cuja constituição é feita pela direcção do Agrupamento

de Centros de Saúde (Ministério da Saúde, 2008). Entre outras diferenças significativas relativamente às USF destaca-se o facto de não possuírem regime jurídico da organização e funcionamento, nem regime de incentivos à produtividade, acessibilidade e qualidade.

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) estabelece a necessidade de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nomeadamente a nível da satisfação de utentes e qualidade de cuidados prestados, a par da satisfação profissional e da eficiente utilização de recursos.

A opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde. “De entre os vários intervenientes dos serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe directamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados” (Ferreira, 2003:26). É, aliás, cada vez mais, considerado um direito e um dever dos cidadãos participar, quer individual como colectivamente, no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde.

O objectivo geral deste estudo é avaliar o nível de satisfação dos utentes das UCSP e USF do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega com os cuidados que lhes são prestados. São traçados como objectivos específicos:

- Identificar os aspectos que mais contribuem para a satisfação global do utente;
- Identificar os aspectos perante os quais os utentes das UCSP e das USF apresentam maiores e menores índices de satisfação, identificando áreas chave de intervenção;
- Estudar a influência de variáveis sociodemográficas e da variável referente à experiência na satisfação dos utentes;
- Comparar os níveis de satisfação dos utentes das UCSP com os dos utentes das USF.

Pretende-se, assim, obter dados que permitam comparar os níveis de satisfação dos utilizadores das USF, unidades fortemente apoiadas em termos de recursos, tanto humanos como físicos, e regidas por uma política de incentivos que premeia a produtividade e qualidade, com os das UCSP, que foram criadas à semelhança das USF mas não dispõem das mesmas condições de trabalho e não contemplam a atribuição de incentivos. Logo, importa saber em que medida estas assimetrias se reflectem no nível de satisfação dos utentes.

E porque a satisfação é reconhecida como um indicador de qualidade dos cuidados prestados, este estudo contribuirá também para um melhor conhecimento da qualidade dos cuidados prestados nas Unidades de Saúde incluídas no estudo. Segundo a Carta dos Direitos dos Utentes, todo o utente tem o Direito à Qualidade dos Cuidados, nomeadamente à equidade no acesso a

cuidados de qualidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Na verdade, os consumidores são cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente aos cuidados que recebem, sendo a avaliação da qualidade de cuidados de saúde uma preocupação crescente nas instituições de saúde. Assim, a qualidade nos serviços de saúde é hoje entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, uma vez que estes existem para “servir” os utentes, sendo por isso fundamental ir de encontro às suas necessidades e expectativas.

A escolha deste tema prende-se com o facto de a autora, como profissional de uma UCSP, estar especialmente sensibilizada para estas desigualdades criadas pela coexistência de duas formas diferentes de organização e de prestação de cuidados, e que afectam tanto utentes como profissionais.

Vivendo nós actualmente um período de mudança, política e organizacional, consideramos que este estudo poderá dar um contributo importante para eventuais alterações de funcionamento da instituição onde o trabalho é realizado. Por outro lado, irá permitir identificar áreas carentes de melhorias e sensíveis à actuação dos profissionais, com vista não só ao aumento da qualidade dos cuidados prestados, como da motivação e empenho profissionais.

No que diz respeito à metodologia, os dados são analisados utilizando o software estatístico PASW (versão do SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*).

No tratamento estatístico é utilizada a estatística descritiva como forma de apresentação dos cálculos dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de modo a analisar os dados referentes à amostra. Para isso, recorreremos à média como medida de tendência central, ao desvio padrão como medida de dispersão, e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais para a apresentação dos dados referentes à distribuição.

Numa segunda fase, relativamente à estatística inferencial, utilizamos as análises comparativas através de testes T de Student para amostras independentes e Análise de variância ou teste de Kruskal-Wallis para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

A informação obtida nas questões abertas é analisada através da técnica de análise de conteúdo.

O trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo referente ao enquadramento teórico são abordados temas relevantes para a temática em estudo como a reforma dos CSP e o novo modelo organizacional, qualidade de cuidados e sua avaliação, satisfação de utentes como indicador da qualidade de cuidados de saúde e determinantes da satisfação de acordo com diferentes estudos e seus autores. No mesmo capítulo são ainda apresentados resultados de alguns estudos de satisfação de utentes dos CSP realizados a nível nacional na última década.

O segundo capítulo é dirigido às opções metodológicas do estudo. Aqui é apresentada a caracterização do estudo nomeadamente tipo de estudo, população e amostra, processo de amostragem, instrumento de recolha de dados utilizado, objectivos de investigação e finalidades do estudo. São também apresentadas as hipóteses de estudo e as técnicas estatísticas utilizadas no tratamento de dados.

A apresentação de resultados encontra-se no terceiro capítulo, seguida da discussão de resultados no capítulo IV.

Por fim temos a conclusão onde se resumem os aspectos-chave do estudo e onde são tecidas algumas considerações finais relativamente aos achados do estudo.

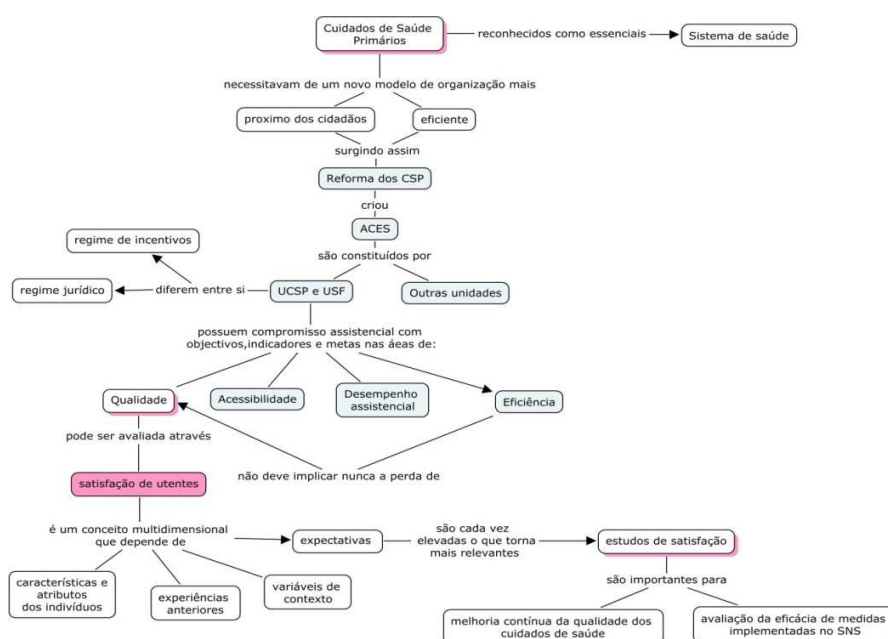


# Capítulo I

## Enquadramento Teórico



Neste capítulo dedicado à contextualização teórica do objecto de estudo é apresentada uma resumida abordagem das temáticas consideradas mais relevantes nomeadamente a reforma dos cuidados de saúde primários, a qualidade em cuidados de saúde e a satisfação dos utentes nos serviços de saúde. Na figura 1 apresentamos uma esquematização das principais ideias abordadas e desenvolvidas ao longo deste capítulo.



**Figura 1**– Esquematização dos principais conceitos que compõem o quadro teórico

## 1.1 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários (CSP) têm vindo a ser considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como essenciais para um sistema de saúde, e reconhecidos como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde das populações. Constituem actualmente o pilar do sistema nacional de saúde e representam na sociedade portuguesa, à semelhança de muitos outros países, sobretudo europeus, a porta de entrada para a prestação de cuidados.

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP é conseguida após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Desde a implementação dos CSP, no início da década de 70, e ao longo da sua evolução muitas têm sido as dificuldades sentidas e as tentativas de reforma que responda aos sucessivos problemas organizacionais, estruturais e burocráticos, sem que porém tenham tido o sucesso esperado (Biscaia et al, 2008). O modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, com a excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, a crescente desproporção entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais (Miguel e Sá, 2010). Estas falhas ao nível dos modelos de gestão e organização dos CSP têm acarretado consequências negativas não só em termos de prestação de cuidados mas sobretudo a um nível mais macro, que incide sobre a evolução de todo o sistema de saúde (Barbosa, 2009). Não obstante, são claros os ganhos em saúde obtidos com a implementação dos CSP em Portugal, sendo exemplo disso a evolução de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal comparativamente a outros países da OCDE (Biscaia et al, 2008; Miguel e Sá, 2010).

De acordo com as evidências os sistemas de saúde mais orientados para os cuidados primários obtêm melhores níveis de saúde das populações, a menor custo, maior equidade (Starfield, 2009), bem como uma maior satisfação de utentes, e utilização mais adequada dos serviços (Atun, 2004; Biscaia et al, 2008), o que motivou a própria OMS, no Relatório Mundial de Saúde 2008, a incentivar todos os países a orientar os seus sistemas de saúde para uma estrutura sólida de cuidados de saúde primários (Starfield, 2009).

Em Portugal, e dados os crescentes desafios com a evolução dos problemas de saúde comunitários, bem como da própria prestação de cuidados de saúde, imperou a necessidade de reorganizar as instituições e métodos de trabalho. O sentido da mudança é enquadrado pelo Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que preconiza uma organização descentralizada com atribuição de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira aos centros de saúde de terceira geração que, contudo, nunca chegou a ser concretizada. É, portanto, apenas em 2005 que se inicia no terreno o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários. O objectivo principal é reconfigurar os centros de saúde através de políticas de saúde adequadas e criar um novo modelo de organização dos CSP mais próximo dos cidadãos e mais eficiente. Para além da acessibilidade e eficiência, pretende-se aumentar a satisfação, tanto dos utilizadores dos cuidados de saúde, como dos profissionais de saúde, e melhorar a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012; Pisco, 2007;). A reforma é perspectivada, sobretudo, como uma alavanca para a continuidade sustentável do SNS, na construção de respostas efectivas, orientada para “ganhos em saúde” (Correia, 2010).

Surge então a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), estrutura de missão na dependência directa do Ministério da Saúde, criada pela resolução do Conselho de Ministros nº157/2005, de 12 de Outubro, com o objectivo de conduzir o projecto global de lançamento da reforma, coordenar e acompanhar a estratégia de reconfiguração dos centros de saúde (CS) e implementar as unidades de saúde familiar (USF). O período 2005-2010 correspondeu, portanto, à fase conduzida pela MCSP. Terminado o seu mandato o Ministério da Saúde criou uma nova entidade, a Coordenação Estratégica, com o objectivo de dar um novo impulso e responder a novos desafios da reforma.

Enfatizou-se com a reforma a constituição de equipas multidisciplinares como forma de otimizar as respostas às necessidades da população e melhorar o desempenho dos CS. Estas equipas, que constituem as unidades funcionais do CS, complementam-se entre si e assumem compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados (Coordenação Estratégica, 2010). De acordo com as suas missões específicas, dirigem a sua intervenção à pessoa e família - USF e UCSP; a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade - UCC; à população em geral e no meio físico e social, com acções de alcance populacional - unidades de saúde pública (USP).

#### 1.1.1 Novo modelo organizacional dos Cuidados de Saúde Primários

A reforma dos CSP passa pela reconfiguração dos centros de saúde que assenta, essencialmente, em duas medidas (Pisco, 2007):

- a constituição de pequenas unidades funcionais autónomas, as USF, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna;
- a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

As USF foram as precursoras da reforma e tiveram o seu arranque ascendente em 2006/2007, após a criação da MCSP (Coordenação Estratégica, 2011a).

Em 2009-2010 foi iniciado o processo de transformação dos CS no seu todo através da constituição dos ACES. São criados com os ACES órgãos próprios de governação e de gestão de

forma a permitir otimizar a gestão de recursos. O objectivo é a descentralização de competências para os CS de modo a que a nível local existam poder e responsabilidade para que se possam tomar decisões mais adequadas e céleres. São extintas as 18 Sub-Regiões de Saúde (SRS) e as relações de comando burocrático vertical vão sendo progressivamente substituídas por relações de contratualidade estabelecidas directamente entre os ACES e as respectivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) através de contratos-programa (Coordenação Estratégica, 2010). Os CSP ficam assim organizados em 5 ARS e 74 ACES.

Ao longo de 2010 foram sendo constituídas as restantes unidades funcionais do ACES, designadamente as UCSP, as USP e as URAP (Coordenação Estratégica, 2011a). Esta nova arquitectura organizacional implementada com a reforma assenta nas cinco vertentes resumidas na figura 2.

<b>1. Rede descentralizada de equipas</b>	Equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados à pessoa e à família – Unidades de Saúde Familiar (<b>USF</b>) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (<b>UCSP</b>);</li> <li>• Cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – Unidades de Cuidados na Comunidade (<b>UCC</b>);</li> <li>• Intervenções no meio físico e social e acções com alcance populacional – Unidades de Saúde Pública (<b>USP</b>).</li> </ul>
<b>2. Concentração de recursos e partilha de serviços</b>	Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projectos de saúde comuns a várias unidades e ao ACES - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados ( <b>URAP</b> ).
<b>3. Descentralização da gestão para o nível local</b>	Criação dos ACES com directores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos - Unidades de Apoio à Gestão ( <b>UAG</b> ) – obtendo economias de escala com a agregação de C.S.
<b>4. Governação clínica e de saúde</b>	Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACES e dos conselhos técnicos das suas unidades.
<b>5. Participação da comunidade</b>	Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os Gabinetes do Cidadão e os Conselhos da Comunidade.

**Figura 2** - Vertentes da reforma dos cuidados de saúde primários

Adaptado de: Coordenação Estratégica. (2010). *O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal?*

O que se pretende obter é uma maior orientação para os utentes desburocratizando e flexibilizando a gestão, aumentando o trabalho em equipa, tentando implementar instrumentos de melhoria contínua da qualidade, e incentivando a contratualização de responsabilidades e de contrapartidas para os prestadores de cuidados. Esta reforma conjuga, assim, princípios de descentralização,

auto-organização e responsabilização face à qualidade dos cuidados e aos resultados a obter, de forma a dar resposta ao grande desafio que é passar de organizações de saúde viradas para si próprias para organizações centradas no cidadão (Correia, 2010).

É consensual que os resultados da reforma têm sido positivos, com aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais como de utentes (Miguel e Sá, 2010). O processo de contratualização, pelos efeitos subsequentes que desencadeia, tem-se revelado um motor poderoso da reforma, da adequação dos cuidados às necessidades da população e da melhoria do desempenho das USF (Coordenação Estratégica, 2011). No entanto, tal como referem Miguel e Sá (2010:4), “a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo do país, criando alguma desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos”.

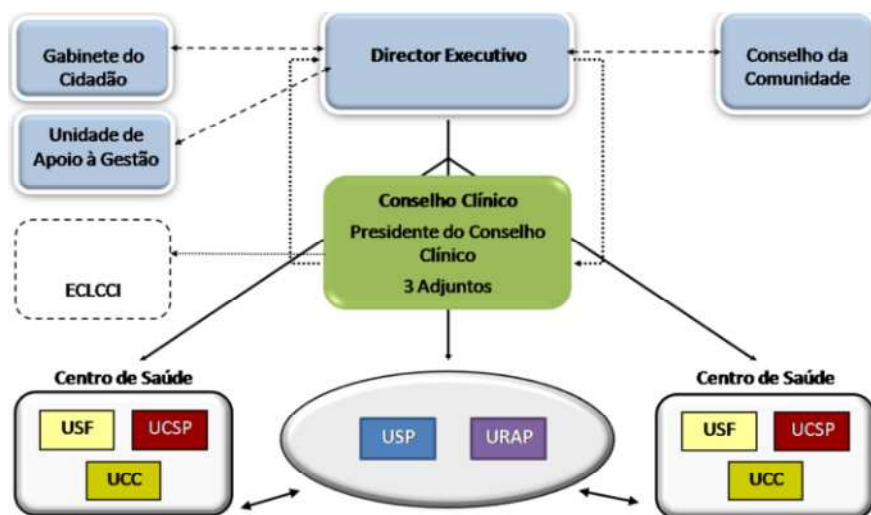
#### 1.1.1.1 Agrupamentos de Centros de Saúde

A nova estrutura resultante da reconfiguração dos CS e da extinção das SRS designa-se ACES, sendo o seu regime de organização e funcionamento estabelecido pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa que agrupam um ou mais centros de saúde, e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade (Ministério da Saúde, 2008). São dirigidos por um Director Executivo e compostos por um Conselho Clínico, um Conselho da Comunidade, um Gabinete do Cidadão, uma Unidade de Apoio à Gestão, uma Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI) e por uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados. Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as UCC, as USP e as URAP, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS (figura 3).

Cada uma das unidades assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. Em cada centro de saúde componente do ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, e cada ACES terá somente uma USP e uma URAP (MCSP, 2007).

O Conselho Clínico é um órgão de governação clínica composta por um presidente e três vogais, sendo o presidente um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efectiva na especialidade, a exercer funções no ACES. Compete a este órgão, entre outras funções, dar directivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; fixar procedimentos que garantam a

melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES; e organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigos 25º e 26º).



Legenda: ECLCCI - Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados  
 UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
 UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
 USF - Unidade de Saúde Familiar  
 USP - Unidade de Saúde Pública  
 URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**Figura 3** - Estrutura Orgânica de um ACES

Fonte: MCSP. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação do agrupamento de centros de saúde*. Lisboa

O Conselho da Comunidade é um órgão consultivo composto por vários representantes, nomeadamente da câmara municipal da área de actuação do ACES, do centro distrital da Segurança Social, do agrupamento de escolas, das instituições particulares de solidariedade social, da associação de utentes do ACES, das associações sindicais e associações de empregadores, do hospital de referência, das equipas de voluntariado social e um representante da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens. A este Conselho compete alertar o Director Executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica; dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado, entre outros. (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, artigos 31º e 32º).

O presidente do Conselho da Comunidade conjuntamente com o Director Executivo e o presidente do Conselho Clínico formam o Conselho Executivo. A este órgão compete aprovar os planos



plurianuais e anuais de actividades das várias unidades funcionais, com as respectivas dotações orçamentais; elaborar o relatório anual de actividades e submetê-los à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS; elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho directivo da respectiva ARS e assegurar a articulação do ACES com os municípios da sua área geográfica, entre outras funções (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 24º).

O Gabinete do Cidadão deve estabelecer canais de articulação com cada unidade funcional do ACES e é responsável por verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; informar os utentes dos seus direitos e deveres na qualidade de utilizadores dos cuidados de saúde primários; receber observações, sugestões e reclamações dos utentes aos cuidados prestados e responder às mesmas; e verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 37.º). Os Gabinetes do Cidadão e os Conselhos da Comunidade devem cooperar entre si de forma a fomentar a cidadania em saúde, nomeadamente a participação, envolvimento e empoderamento responsável dos cidadãos e comunidades na protecção e promoção da sua saúde.

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG) é o núcleo de apoio administrativo e logístico, organizado numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, que presta apoio administrativo e geral ao director executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais. Entre outras funções, compete à UAG prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES; acompanhar a execução dos contratos-programa celebrados entre o ACES e o conselho directivo da ARS; colaborar na elaboração dos planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução; analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respectivos relatórios anualmente; monitorizar e disponibilizar informação sobre facturação e prescrição; assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afectos ao ACES e garantir o controlo de consumos (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 36º). Sendo a descentralização da gestão para o nível local e a autonomia administrativa dos ACES uma das vertentes importantes da reforma dos cuidados de saúde primários, a UAG assume um papel determinante no cumprimento deste objectivo.

De acordo com a MCSP (2007), a constituição dos ACES é vantajosa quer a nível da gestão da oferta como da procura pois permite:

- a organização de recursos especializados a uma escala superior, com ganhos na utilização de recursos escassos e muitas vezes dispersos, e na realização de novos investimentos em estruturas, recursos humanos ou sistemas;

- a realização de estudos epidemiológicos sobre uma base populacional mais alargada, tornando técnica e cientificamente viável o estudo da ocorrência de patologias e problemas de saúde e, dessa forma, assegurar uma melhor gestão previsional.

## **Unidades de Saúde Familiar**

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e pessoal administrativo. Cada USF tem um plano de acção anual que traduz o seu programa de actuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, contendo o compromisso assistencial, os objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. O compromisso assistencial é formalizado, anualmente, através de carta de compromisso acordada entre o Coordenador da USF e o Director Executivo do ACES (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto).

Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional, podendo ser organizadas em três modelos: A, B e C. Estes modelos diferem no estatuto jurídico e assumem diferentes níveis de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva.

O modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, assim como constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. O sistema remuneratório mensal dos profissionais nas USF modelo A integra uma remuneração base (corresponde à remuneração em regime completo da categoria e escalão respectivo), com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, assim como contratualizar o cumprimento de metas, traduzindo-se em incentivos institucionais a reverter para as USF.

O modelo B é indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, em que o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e estando dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. O sistema remuneratório mensal nas USF modelo B integra um regime retributivo especial para todos os profissionais, traduzindo-se numa remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

O modelo C é um modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo no que concerne às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sem aplicação prática até à data.

Independentemente do modelo, todas as USF devem contraturalizar com a ARS uma carteira básica de serviços, enquanto compromisso assistencial nuclear, que é constituída por 15 indicadores. Estes indicadores são validados pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e encontram-se agrupados em quatro áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico. Na figura 4 são apresentados os indicadores base comuns a todas as USF.

Área	Indicador
<b>Acesso</b>	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	Taxa de utilização global de consultas
	Taxas de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
<b>Desempenho Assistencial</b>	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos
	Percentagem de diabéticos com pelo menos 2 hemoglobinas glicosiladas registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres
	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
	Percentagem de crianças com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado aos 2 anos
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
<b>Satisfação de Utentes</b>	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos
<b>Eficiência</b>	Custo médio de medicamentos facturados por utilizador
	Custo médio de Meios Complementares de Diagnóstico facturados por utilizador

**Figura 4** - Indicadores da carteira básica de serviços

Adaptado de: Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Cuidados de saúde primários: Metodologia de contraturalização*

Independentemente do modelo em que se enquadrem, as equipas multiprofissionais das USF têm acesso a incentivos institucionais que constam da carta de compromisso, e que são aferidos pelo desempenho nas quatro áreas contempladas na carteira básica de serviços (Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, artigo 2º). Os incentivos institucionais traduzem-se, sobretudo, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da USF, no apoio à investigação ou no aumento das

amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional. De salientar que, apenas as USF que têm mais de seis meses de actividade entram no processo de avaliação para atribuição dos incentivos institucionais, que podem variar entre 9.600€ e 20.000€, dependendo da dimensão da USF.

São ainda atribuídos incentivos financeiros(prémios de desempenho) aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, com base no cumprimento de objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade. De referir que, a atribuição de tais incentivos também fica condicionada a um mínimo de seis meses de actividade (Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, artigo 3º).

Estas duas modalidades de incentivos, institucionais e financeiros, proporcionamno seio das equipas das USF um maior clima motivacional que se traduz num maior empenho e produtividade dos profissionais. Em contrapartida, não existe,actualmente, atribuição de qualquer tipo de incentivos nas restantes unidades funcionais dos ACES.

### **Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados**

As UCSP apresentam estrutura idêntica às USF e têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados. São compostas por profissionais que não aderiram às USF e sua constituição é feita pela direcção do ACES.

Possuem um compromisso assistencial com objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Este compromisso assistencial é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços de saúde pessoal e familiar já consagrada para as USF na Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro. É formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da UCSP e o ACES. Compete também ao respectivo ACES a monitorização e avaliação das UCSP.

Tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento que as UCSP possam ter nas várias regiões de saúde, em diferentes ACES e até dentro do mesmo ACES, estipula-se que o processo de compromisso adopte metas ajustadas ao grau de desenvolvimento de cada UCSP, sem prejudicar requisitos mínimos de satisfação das necessidades da população (Coordenação Estratégica, 2011b).

Contrariamente às USF, as UCSP não possuem qualquer tipo de incentivo ao desempenho e continuam ainda por regulamentar.

## 1.2 Qualidade em cuidados de saúde

Utentes, profissionais de saúde, gestores, políticos, entre outros, todos têm perspectivas diferentes, porém legítimas, sobre o que é um atendimento de qualidade. A preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para gestores e profissionais de saúde em geral. Tem sido, também, notória a disseminação pelos serviços de saúde de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, e uma filosofia de gestão caracterizada, essencialmente, pela sua focalização nos utentes e pela excelência, efectividade e eficiência dos serviços. A qualidade na saúde surge portanto, na actualidade, como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo considerada como um atributo essencial desses cuidados (Pisco e Biscaia, 2001).

A evolução da qualidade em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros sectores e utiliza de forma adaptada os conceitos desenvolvidos para a indústria e serviços. Os avanços tecnológicos na área da saúde conduziram à adopção natural do modelo industrial de garantia da qualidade, mas, tal como referem Pisco e Biscaia (2001), a qualidade na saúde diferencia-se de outros sectores em vários aspectos: é orientada para a satisfação das necessidades, e não para a procura oferecendo mais; é pró-activa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; e tem de reunir integradamente, como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade. Na evolução do conceito de qualidade várias definições têm sido propostas por diversos autores, que reflectem quer as suas diferentes perspectivas de abordagem, quer a necessidade de adequar estes conceitos de qualidade às especificidades da saúde.

A qualidade em saúde é um tema muito abrangente, avaliada constantemente de forma não sistematizada e intencional sempre que prestamos assistência e somos assistidos, sendo provável o julgamento de valores acerca do atendimento prestado. Na grande maioria das situações mais facilmente percebemos a ausência de qualidade do que a excelência.

Mais complicado do que julgar é definir o que é qualidade em saúde, isto porque o conceito é complexo e muito variável de acordo com a cultura, pessoas envolvidas, tipo de organização, contexto situacional, entre outros factores (Serapioni, 2009). A própria variedade de actores que atuam nos sistemas de saúde e a diversidade dos seus pontos de vista reforça a complexidade do conceito de qualidade. Como tal, é de esperar que o conceito varie consoante seja definido e aplicado por um clínico, por um doente, por um gestor, ou por um político (Campbell et al., 2002; Ferreira, 2000), e assim sendo, tal como refere Ferreira (2000:54), “qualidade é, talvez, equilibrar todas estas perspectivas”. Estamos, portanto, perante um conceito subjectivo, sujeito a uma multiplicidade de interpretações, e que deve ser analisado no contexto de um sistema de saúde de uma sociedade em constante evolução.

Toda a organização que pretenda implementar um programa de melhoria da qualidade necessita, antes que tudo, definir o seu conceito de qualidade. Assim como também se torna impensável proceder-se a medições sobre a qualidade de cuidados de saúde sem uma prévia definição do que se entende por este conceito (Ferreira, 1991). No entanto, tal como refere Ferreira (1991:97) “qualidade de cuidados de saúde é uma expressão muito difusa e por isso existem dificuldades em definir este conceito assim como em medi-lo”. Assim como também não é fácil distinguir a definição da qualidade de cuidados da sua operacionalização (Ferreira, 1991). Apesar da boa qualidade ser habitualmente reconhecida por todos, terão de existir atributos passíveis de tradução objectiva.

Garvin (1984), citado por Ferreira (2000:54), apresenta uma definição de qualidade um pouco redutora, elaborada apenas sob a perspectiva do utente, na qual é considerada como o “grau segundo o qual um conjunto de características de um produto, de um serviço ou de um processo satisfazem as necessidades do consumidor”.

Já Palmer apresenta uma interpretação mais alargada da qualidade integrando diferentes elementos que deverão coexistir na prestação de cuidados de saúde. A qualidade é então definida segundo Palmer (1983) como um “conjunto de actividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos” (citado por Pisco e Biscaia, 2001:44). Palmer (1983) identificou assim cinco dimensões para a definição de qualidade de cuidados de saúde: eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade e competência do prestador de cuidados, e “que ilustram os aspectos da necessária interacção entre preocupações clínicas e não-clínicas dentro de uma instituição de saúde” (Ferreira, 1991:96)

Já Donabedian (1980) atribuiu, inicialmente, três dimensões à qualidade, nomeadamente o conhecimento técnico-científico; a componente interpessoal, que envolve as relações e interacção entre os profissionais e o utente; e as amenidades (ou seja, as condições de conforto e estética das instalações, tais como a concepção arquitectónica dos edifícios, equipamentos existentes, iluminação, limpeza das instalações, etc).

No início da última década do século passado, Donabedian (2003) ampliou a sua definição de qualidade, introduzindo alguns conceitos que considerou indispensáveis para uma avaliação da qualidade em saúde mais abrangente, a que denominou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efectividade, eficiência, optimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre estas dimensões da qualidade apontadas por Donabedian, a aceitabilidade e legitimidade são as que directamente se relacionam com as expectativas e satisfação dos utentes.

No quadro que se segue (figura 5) podemos observar as dimensões da qualidade dos cuidados de saúde definidas por Palmer (1983) e Donabedian (2003).

Dimensão	Palmer (1983)	Donabedian (1990)
<b>Eficácia</b>	Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde.	Obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da arte e da ciência nas condições mais favoráveis (controladas).
<b>Efectividade</b>		Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática diária. Grau de obtenção da melhoria da saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível, definida como alcançável pelos estudos de eficácia, e a obtida.
<b>Eficiência</b>	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados.	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidados são ambas eficazes e efectivas, a mais eficiente é a de menor custo.
<b>Optimização</b>		Relevante à medida que os efeitos do cuidado de saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, a adição de benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos que perdem a razão de ser.
<b>Acessibilidade</b>	Grau de acesso aos cuidados de saúde, em face das barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural ou emocional.	
<b>Aceitabilidade</b>	Grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde.	Adequação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos utentes e suas famílias.
<b>Legitimidade</b>		Conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e costumes.
<b>Equidade</b>		Conformidade com o princípio da justiça na distribuição dos cuidados e seus benefícios entre os membros de uma população.
<b>Competência do prestador de cuidados</b>	Capacidade do prestador de cuidados em usar nas tomadas de decisão o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores sãos e satisfeitos. Diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de cuidados	

**Figura 5 - Dimensões para avaliação da qualidade de cuidados de saúde**

A OMS, por sua vez, identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, a satisfação dos utentes, e os resultados de saúde obtidos (Pisco e Biscaia, 2001; Serapioni, 2009).

Apesar de se tratar de formulações distintas encontramos pontos comuns essenciais entre elas, que permitem identificar as diferentes dimensões da qualidade, designadamente a eficiência e a efectividade, a acessibilidade e a equidade, a satisfação das expectativas dos cidadãos, bem como os componentes da qualidade com realce para os resultados e os processos que os determinam (Pisco e Biscaia, 2001).

Já Irvine e Irvine (1996), citados por Ferreira (2000), apontam seis aspectos que consideram fundamentais para a qualidade em relação aos cuidados de saúde primários, e que são: cuidados pessoais, seguros e efectivos, o fácil acesso aos serviços, a escolha dos profissionais de saúde, a continuidade de cuidados, a boa coordenação com outros serviços e os cuidados domiciliários, se necessário.

Serapioni (2009) apresenta uma concepção mais lata da qualidade dos cuidados de saúde primários. Segundo o autor esta deverá ser avaliada considerando todas as seguintes dimensões: a dimensão da implementação das linhas directivas baseadas nas evidências científicas (guidelines); a dimensão das necessidades, dos valores, e das prioridades de cada utente; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do utente; e a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam critérios essenciais. Neste sentido, Starfield (2008) critica a nova estratégia de remuneração dos médicos de família na Inglaterra (*Quality and Outcomes Framework*), centrada principalmente na avaliação dos resultados clínicos referentes a uma série de doenças crónicas, sem mensurar e valorizar o que nos cuidados de saúde primários representa um aspecto fundamental da relação terapêutica, ou seja, a capacidade de trabalhar os problemas dos utentes, a personalização no atendimento e a continuidade de cuidados. A mesma situação aplica-se agora em Portugal, no âmbito da reforma dos CSP, que se iniciou em 2005 e encontra-se ainda em curso. De lembrar que um dos aspectos chave da reforma é a contratualização com os profissionais de saúde de vários indicadores de resultado que quando atingidos contemplam a atribuição de incentivos e de prémios de produtividade. Tal como no modelo adoptado na Inglaterra, e apesar das reconhecidas vantagens inerentes à contratualização tal como a maior responsabilização dos profissionais, não são valorizados aspectos peculiares e únicos da relação do utente com o profissional que são indissociáveis de uma prestação de cuidados com qualidade.

A qualidade dos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma das dimensões identificadas, é necessário integrá-las reciprocamente para se conseguir obter uma adequada resposta às necessidades e expectativas dos utentes (Ferreira, 1991; Serapioni, 2009). Neste sentido, os cuidados de saúde podem ser simultaneamente eficazes e eficientes, sem que, por exemplo, isso implique uma menor satisfação do utente, sendo para tal necessário que outras dimensões da qualidade sejam atendidas. É importante lembrar que a qualidade na saúde “é e deve ser



entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas dos seus clientes” (Mezomo, 2001:73).

### 1.2.1 Avaliação da Qualidade de Cuidados de Saúde

A partir da década de 80 assistiu-se a uma preocupação crescente com a monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, levantando-se, para os gestores, a questão do binómio custo-benefício, dado os elevados custos com a saúde, e, para os prestadores de cuidados, a questão da eficácia dos tratamentos. A qualidade é assim considerada uma característica mensurável que pode ser analisada de forma diferente conforme o alvo que se pretende avaliar ou a posição que o observador ocupa no sistema de saúde (Hespanhol, 2005). Acredita-se, hoje em dia, que parcimónia económica e qualidade são duas vertentes inseparáveis na prestação dos melhores cuidados com os recursos disponíveis (Neto, 2005; Pisco e Biscaia, 2001).

Por outro lado, os utilizadores dos sistemas de saúde são cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente aos cuidados que recebem, sendo a avaliação da qualidade de cuidados de saúde uma prática crescente nas instituições de saúde como forma de ir em encontro a estas necessidades e expectativas. Assim, a qualidade nos serviços de saúde é hoje entendida, por diversas razões, como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços.

Segundo Campbell et al (2002) a medição da qualidade desempenha um papel importante na melhoria dos cuidados prestados, para além de ser um factor promotor da mudança. Medidores específicos podem, por exemplo, permitir recompensar justamente bons desempenhos e facilitar a responsabilização (Campbell et al., 2002). Por esta razão muitos esforços foram mobilizados nas últimas décadas no sentido de desenvolver e aplicar medidas de qualidade.

Donabedian é um autor de referência quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tendo publicado um conjunto de trabalhos importantes nas duas últimas décadas do século passado. É, aliás, considerado como fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como disciplina reconhecida.

Apesar de Donabedian (1980) aceitar o aproveitamento de alguns pontos dos modelos industriais de qualidade, este autor realça a clara especificidade própria da gestão da qualidade em saúde. Ele salienta, em particular, que os referidos modelos valorizam as actividades relacionadas com a produção, não enquadrando a especificidade da prática clínica; desvalorizam a importância das

competências, dos conhecimentos técnico-científicos e da motivação dos profissionais de saúde; ignoram a complexidade da relação médico-doente; e desvalorizam os factores sociais, culturais e psicológicos, interpretando a qualidade de forma muito objectiva. O produto nos serviços de saúde é o resultado do contacto directo entre os profissionais e utentes e das acções e interacções que constituem essa relação, existindo, portanto, uma forte e peculiar componente relacional que não é tangível. Por outro lado, no âmbito da saúde, e contrariamente ao que acontece numa empresa industrial, o utente desempenha um duplo papel: é consumidor de atenção, mas também seu co-produtor (Serapioni, 2009).

Na avaliação da qualidade de cuidados de saúde, Donabedian apresenta três componentes essenciais, que correspondem a zonas de medição da qualidade (Ferreira, 1991): a estrutura, o processo e os resultados. Estas componentes estão interrelacionadas, pelo que, só quando avaliadas no conjunto é possível conhecer de forma realista e fidedigna a qualidade dos cuidados. Podem, eventualmente, ser avaliadas independentemente, de acordo com os dados que se pretende recolher, mas reunidas formam um todo essencial para um sistema de garantia de qualidade.

A estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, isto é, os recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, o ambiente físico, a estrutura organizacional, entre outras medidas que poderão ser consideradas para avaliar a estrutura (Donabedian, 2003). Em suma, a estrutura corresponde ao conjunto das características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos meios físicos e organizacionais em que actuam. É difícil quantificar a influência ou contribuição exacta desta componente na qualidade final da prestação de cuidados, contudo parte-se do pressuposto de que boas condições estruturais aumentam a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade (Ferreira, 1991; Malik e Schiesari, 1998). Não podemos, contudo, presumir que uma vez satisfeitas certas condições específicas da componente estrutura resulte boa qualidade de cuidados, porque, mesmo que os recursos estejam todos assegurados, se forem utilizados de modo isolado e não envolvendo toda a organização na sua globalidade, a excelência dos cuidados não é garantida.

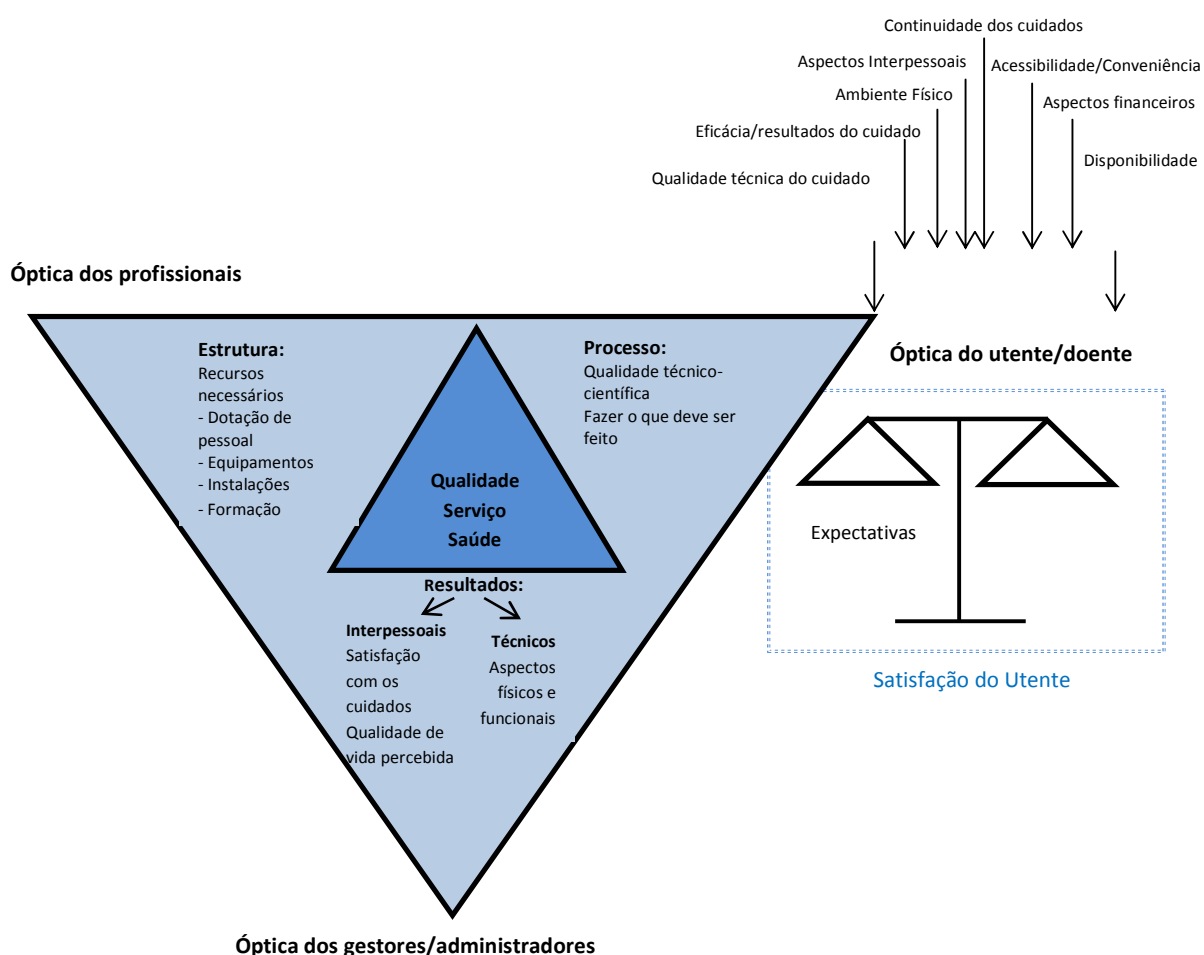
O processo depende da estrutura e engloba os cuidados directos, os não directos e os padrões de comportamento dos profissionais, inclusive os aspectos técnicos da prestação e a componente interpessoal. Corresponde, em suma, ao conjunto das actividades desenvolvidas na relação entre profissional de saúde e utente, e aos métodos como estas actividades são desenvolvidas (Donabedian, 2003). Dada a sua relação directa com os resultados, o processo acaba por desempenhar um papel fulcral no nível da qualidade dos cuidados prestados.

O resultado corresponde aos efeitos gerados pela prestação de cuidados de saúde e envolve, necessariamente, a comparação entre o que foi planeado e o que foi, na realidade, conseguido,

possibilitando determinar-se a eficiência, a efectividade e a satisfação dos utentes face aos cuidados prestados (Cleary e McNeil, 1988). Correspondem à alteração no estado de saúde de um paciente passível de ser atribuída a uma prévia prestação de cuidados de saúde.

Esta tríade difundida por Donabedian, constituída pelos conceitos de estrutura, processo e resultado, faz parte de um quadro conceptual que desde então tem sido aceite como uma abordagem de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, assim como um instrumento para classificar programas de garantia de qualidade (Ferreira, 1991).

Na figura 6, de elaboração própria, é apresentada uma esquematização que resume os aspectos-chave inerentes à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente os componentes a avaliar, por que perspectivas pode ser analisada (quem avalia), a sua relação com a satisfação dos utentes e as dimensões envolvidas.



**Figura 6** -Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde

A qualidade em saúde não é apenas uma característica do produto final (cuidados de saúde), resulta da organização no seu todo, considerando os recursos organizacionais e profissionais, as actividades desenvolvidas e ainda a sua relação com os resultados obtidos, tanto na vertente física e funcional como na vertente psicossocial. Está ainda relacionada com acultura organizacional, ou seja, com os valores, crenças e atitudes partilhadas pelos seus membros. E dado que os utilizadores também fazem parte do sistema prestador, relaciona-se ainda com a forma como estes percebem a qualidade dos cuidados, assim como as alterações na sua qualidade de vida (Neto, 2005).

Segundo Pisco e Biscaia (2001) a melhoria da qualidade tem de ser feita no âmbito de um sistema de qualidade na saúde que deve caracterizar-se por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo de melhoria contínua, num quadro de responsabilidade e participação colectiva. Ferreira (1991:109) vai de encontro a esta ideia e refere que “é necessário adoptar uma filosofia de melhoria contínua da qualidade e tornar todos os participantes da organização responsáveis pela qualidade”, dando ênfase à identificação e satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores/utentes (Ferreira, 1991).

A monitorização da qualidade deve permitir uma melhoria contínua não só dos resultados dos cuidados prestados, mas também da metodologia utilizada para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade (Ferreira, 1991). É importante desenvolver um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção na saúde, nomeadamente a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o utente, o trabalho interdisciplinar, etc. (Serapioni, 2009).

### 1.3 Satisfação dos Utentes nos Serviços de Saúde

O tema da satisfação de utentes nos serviços de saúde e a sua relação com a qualidade de cuidados tem vindo a destacar-se como campo de investigação no âmbito da administração e gestão dos serviços de saúde. Em análise à literatura sobre avaliação da qualidade de cuidados de saúde facilmente se verifica que o conceito tem sido frequentemente operacionalizado através da satisfação do utente, e tem sido um tema largamente investigado por diversos autores ao longo das últimas décadas, que, contudo, ainda está longe de reunir consenso. Ainda não é universalmente reconhecida completa legitimidade à opinião dos utentes para avaliar a qualidade dos cuidados, existindo ainda alguns sistemas de saúde onde a qualidade é ainda considerada apenas sob a perspectiva dos prestadores de cuidados ou dos políticos (Ferreira, 2000).

Em Portugal, e como já abordado no tema da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o sistema de saúde está cada vez mais centrado no cidadão sendo um dos objectivos o maior envolvimento e participação dos utentes nas diversas actividades de planeamento, decisão e avaliação dos cuidados de saúde. A opinião do utente é reconhecida e considerada, na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços de saúde.

O cuidado centrado na pessoa tornou-se um conceito central na área da saúde como resposta a diversos factores nomeadamente, uma tendência generalizada para uma maior atenção à inclusão social e às necessidades dos utentes, o custo crescente dos cuidados de saúde e o imperativo da eficácia e da eficiência, o foco na melhoria dos processos e dos resultados dos cuidados, e um maior acesso dos utentes a informação acerca dos tratamentos e opções disponíveis (Irish Society for Quality and Safety in Healthcare, 2002).

Com esta mudança de paradigma, de organizações de saúde viradas para si próprias para organizações centradas no cidadão, tem-se promovido a participação activa dos utentes nos processos de tomada de decisão. Para além de um papel mais activo verifica-se que os utentes são cada vez mais exigentes e começam já a responsabilizar os prestadores de cuidados sobre os serviços por eles prestados (Ferreira, 2000; Ribeiro, 2003). Tal como refere Ribeiro (2003:21), “os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes”.

Como tal, os estudos de satisfação têm sido utilizados para documentar as perspectivas do utente e envolvê-los nas actividades de garantia da qualidade, pois “só ouvindo-os é que é possível desenvolver a qualidade de cuidados de acordo com as suas expectativas” (Ferreira, 2000:56). Estes estudos reflectem as opiniões dos utentes face às características e às condições de cada

uma das componentes da trilogia de Donabedian relativamente à prestação de cuidados de saúde a que foram sujeitos.

As pesquisas efectuadas estabelecem uma clara correlação entre níveis elevados de satisfação dos utentes e melhores resultados em saúde, de modo que compreender o que pode melhorar a percepção dos utentes acerca dos serviços de saúde contribui para melhores cuidados (Fitzpatrick, 1991; Schoenfelder, 2012).

A satisfação do utente envolve a sua avaliação pessoal relativamente aos serviços de saúde que lhe foram prestados. Esta avaliação constituiu um juízo sobre a qualidade dos cuidados de saúde, com base nos seus valores, experiências, expectativas e percepções (Ferreira, 2000). Compreende uma avaliação cognitiva e uma reacção emocional do utente à estrutura, processo e/ou resultados da prestação de cuidados (Cleary e McNeil, 1988).

Importa, portanto, definir o que se entende por satisfação. Para Linder-Pelz (1982) a satisfação é definível enquanto atitude resultante de avaliações positivas de distintas dimensões dos cuidados de saúde.

Segundo Jackson, Chamberlin e Kroenke (2001), a satisfação é considerada uma atitude em resposta aos juízos de valor que os utentes fazem sobre a sua experiência de cuidados.

Também Hunt (1978), citado por Ferreira (2000), entende a satisfação como uma atitude geral e estável, também reconhecida, noutros contextos próximos, como qualidade apercebida, e não uma mera reacção superficial a uma experiência.

Nas definições acabadas de apresentar a satisfação surge como uma atitude, no entanto existem na vasta literatura outras abordagens explicativas do conceito de satisfação. Uma dessas abordagens é a denominada teoria da realização (de expectativas e necessidades), segundo a qual o utente demonstra satisfação quando recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava (Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994). É nesta perspectiva que Ferreira (2003:26) se baseia quando refere que “a qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas”. Apesar desta teoria ser bastante utilizada nos estudos empíricos é, no entanto, a mais criticada pela literatura pelo risco de não se avaliar a qualidade dos serviços mas algo completamente diferente, baseado apenas no desejo de alguém (Espiridião e Trad, 2006; Williams, 1994).

Uma outra abordagem existente é a da teoria da discrepância, sendo esta a mais utilizada nos estudos realizados (Espiridião e Trad, 2006). Segundo este modelo a satisfação é definida como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção da qualidade dos cuidados recebidos (Carr-Hill, 1992; Linder-Pelz, 1982; McIntyre, 2002; Williams, 1994).

Como verificamos o conceito de satisfação é pouco consensual havendo, no entanto, acordo no que concerne à sua natureza multidimensional. Os utentes têm opiniões muito diferentes sobre aspectos distintos dos cuidados de saúde, nomeadamente o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal (McIntyre et al., 2002). O grau de satisfação dos utentes pode ser influenciado por múltiplos aspectos relacionados com as características e os atributos dos indivíduos, com as suas experiências anteriores de vida, com variáveis de contexto, com as expectativas da pessoa sobre as diferentes dimensões satisfação e com os valores individuais e da sociedade (Carr-Hill, 1992; Ribeiro, 2003).

### 1.3.1 A satisfação como indicador de qualidade de cuidados de saúde

A opinião dos doentes tem vindo progressivamente a ser mais valorizada e respeitada, passando na década de 80, com a conceptualização de Donabedian, a ser considerada um indicador de relevo para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incluir os utentes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. Desde então a ideia de satisfação do utente como um atributo tornou-se um objectivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objectivos de estudos anteriores de satisfação (Williams, 1994; Vaitsman e Andrade, 2005).

A satisfação de utentes é considerada um importante indicador de resultado em saúde (Carr-Hill, 1992; Ferreira, 2000; Fitzpatrick, 1991; Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994), e é correntemente utilizado por quatro razões distintas: para comparar diferentes programas e sistemas de cuidados de saúde; para avaliar a qualidade de cuidados; para identificar que aspectos dos serviços necessitam de alterações de forma a promover a satisfação dos utentes; e para assistir as organizações na identificação das preferências do consumidor a desenvolver (Jackson et al., 2001).

A avaliação da satisfação dos utentes permite, portanto, obter dados importantes para a implementação de estratégias de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde, apoiadas pela opinião de quem recebe esses cuidados. “De entre os vários intervenientes dos serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe directamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados” (Ferreira, 2003:26). O feedback dos utentes fornece informações cruciais sobre o que são as suas expectativas e a forma como eles percebem a qualidade dos

cuidados, que pode ser diferente de todo o pessoal que presta cuidados. E apesar da maioria dos utentes não possuir conhecimentos ou competências para julgar aspectos técnicos dos cuidados, eles são ótimos informantes relativamente a outros aspectos dos cuidados, nomeadamente a componente interpessoal (Schoenfelder, 2012), a informação transmitida, a continuidade de cuidados e a sua coordenação no sistema de saúde (Ferreira, 2000).

Tal como referem Campbell et al (2002), os indicadores não fornecem respostas definitivas, mas permitem identificar potenciais problemas que possam necessitar de ser abordados (Ferreira, 2000), geralmente manifestados por outliers estatísticos ou por percebidas variações inaceitáveis do cuidado. A maioria dos indicadores foram desenvolvidos para avaliar e melhorar o atendimento nos hospitais, mas, cada vez mais, as medidas de qualidade são desenvolvidas, em toda a Europa, para os cuidados de saúde primários (Campbell et al, 2002).

No desenvolvimento destes indicadores há aspectos importantes a ter em conta, nomeadamente a perspectiva que se pretende que o indicador reflecta. Diferentes perspectivas podem necessitar de diferentes métodos de desenvolvimento de um indicador, particularmente quando as partes envolvidas apresentam visões diferentes sobre a qualidade de cuidados. Os profissionais de saúde tendem a concentrar-se em padrões de competência profissional, resultados de saúde e eficiência; os utentes, muitas das vezes, relacionam a qualidade com uma atitude compreensiva, competências de comunicação e desempenho clínico dos profissionais; por sua vez, os gestores focalizam-se em dados relativos à eficiência, satisfação de utentes, acessibilidade de cuidados e, cada vez mais, aos resultados de saúde (Campbell et al, 2002).

A medida de satisfação é, portanto, uma medida de resultado que constitui uma importante ferramenta de pesquisa, planeamento e administração que permite às organizações, a partir do ponto de vista do utente, adequar-se ao meio exterior envolvente, numa preocupação permanente de responder às necessidades dos seus utilizadores e, consequentemente, de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Para além de um indicador importante da qualidade dos serviços há evidências de que a satisfação do utente influencia muitos comportamentos de saúde e resultados de saúde obtidos (Espiridião e Trad, 2006; McIntyre, 2002). Tem-se verificado que utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais predispostos a cumprir as prescrições e tratamentos médicos, manter o mesmo profissional de saúde, consolidando assim a relação terapêutica, e melhorar o seu estado de saúde (Fitzpatrick, 1991; Ware, 1983; Weiss, 1988).



### 1.3.2 Determinantes e Dimensões da Satisfação de Utentes

Uma das críticas mais frequentes aos estudos de satisfação recai sobre o aspecto subjectivo da categoria “satisfação” e as diversas determinantes que lhe estão associadas. Pese embora o esforço das investigações em estudar a relação entre satisfação e as variáveis que a determinam, ainda pouco se sabe sobre a natureza ou o número de factores que influenciam a satisfação. Os resultados encontrados na literatura são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas.

O grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento e as características individuais dos utentes como idade, género, classe social e estado psicológico são alguns dos factores apontados como determinantes da satisfação de utentes (Vaitsman e Andrade, 2005), para além da estrutura, processo e resultados da prestação de cuidados (Cleary e McNeil, 1988).

O trabalho de Weiss (1988) sobre as determinantes da satisfação com os cuidados de saúde primários tem sido bastante citado. Após uma extensa revisão da literatura sobre o tema o autor apresenta quatro grupos principais de determinantes da satisfação: características dos utentes (incluindo as sociodemográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado de saúde); características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e “arte do cuidar”); aspectos da relação médico-utente; e factores estruturais e ambientais (incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros).

Relativamente às características do profissional de saúde, no estudo de Fan et al (2005) verificou-se que o género feminino estava associado a scores mais elevados de satisfação relativamente à dimensão da humanização dos cuidados. Segundo Jackson et al (2001) há estudos que apontam uma relação entre a habilidade de comunicação dos médicos e a satisfação dos utentes; aspectos como a falta de cordialidade e simpatia, a desconsideração pelas preocupações do utente e suas expectativas, a falta de uma explicação clara sobre o diagnóstico e causa da doença, e o uso excessivo de linguagem técnica foram encontrados para diminuir a satisfação. No entanto as características relativas aos profissionais têm contribuído de forma consistente para apenas uma pequena parte da variância, não sendo, portanto, muito relevantes para a determinação do nível de satisfação dos utentes (Jackson et al, 2001).

No que concerne às variáveis relacionadas com os utentes existe bastante divergência de resultados nos estudos encontrados. Relativamente à variável género existem autores que não encontram qualquer variação (Jackson et al, 2001), outros referem existir associação entre o género feminino e maiores níveis de satisfação (Fan et al, 2005; Grogan, et al, 1995), enquanto

noutros estudos as mulheres surgem como as mais insatisfeitas (Ferreira, 2001; Ferreira, 2009; Pereira et al, 2001). As mulheres são consideradas boas informantes para as pesquisas por se revelarem mais críticas (Espiridião e Trad, 2006) e são mais participativas, verificando-se uma maior taxa de respostas entre as mulheres que entre os homens (Grogan et al, 2005).

No que refere às habilitações literárias há igualmente algumas divergências de resultados entre estudos. Hespanhol et al (2005) verificaram que os utentes com menores habilitações apresentavam-se mais satisfeitos com os diferentes aspectos do centro de saúde do que os utentes com formação superior. Já Ferreira (2001), no seu estudo de satisfação também a nível dos cuidados de saúde primários, verificou que os utentes com menor literacia eram os mais insatisfeitos, especialmente nas dimensões “informação e apoio” e “continuidade e cooperação”. No entanto, no que respeita à “organização dos serviços” a situação foi inversa, com os utentes com maior literacia a mostrarem-se mais insatisfeitos (Ferreira, 2001).

A variável que apresenta maior concordância entre os estudos é a idade, verificando-se que utentes mais velhos apresentam habitualmente maiores índices de satisfação que os mais jovens (Fan et al, 2005; Ferreira, 2010; Grogan et al, 1995; Hespanhol et al, 2005; Jackson et al, 2001; Peck, 2011; Williams, 1994). Este facto deve-se provavelmente às características dos grupos mais idosos, tais como menores expectativas ou maior relutância em manifestar a sua insatisfação (Espiridião e Trad, 2006). No estudo de Ferreira et al (2001) os jovens são os mais insatisfeitos e os mais exigentes nas dimensões da “relação e comunicação” e “organização de cuidados”.

O estado de saúde surge também associado à satisfação, verificando-se que utentes que se consideram com fraca saúde apresentam-se menos satisfeitos do que aqueles que se descrevem como saudáveis (Fan et al, 2005; Ferreira et al, 2001; Jackson et al, 2001; Cleary e McNeil, 1988). No entanto, este efeito independente do estado de saúde sobre a satisfação parece ser reduzido quando integradas outras variáveis (Linder-Pelz, 1982).

Uma outra variável habitualmente associada à satisfação é a referente à utilização dos serviços de saúde. Há estudos cujos resultados demonstram que os utentes mais utilizadores dos serviços de saúde revelam-se mais satisfeitos com os cuidados de saúde do que os utentes que frequentam menos (Hespanhol et al, 2005; Pereira et al, 2001).

Para além das variadas determinantes já referidas, a avaliação que os utentes fazem dos cuidados recebidos é também influenciada por várias dimensões que compõem os cuidados de saúde (McIntyre, 2002). Diversas classificações das dimensões de satisfação têm sido propostas, algumas adequadas para alguns tipos de serviço, outras procurando um modelo mais abrangente.

Segundo Ware et al (1983) a satisfação engloba oito dimensões: (1) aspectos interpessoais (modo como os prestadores interagem com os utentes: respeito, preocupação, amizade, cortesia); (2)

qualidade técnica do cuidado (competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento, (3) acessibilidade/conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso); (4) aspectos financeiros; (5) eficácia/resultados dos cuidados (melhoria e manutenção da saúde); (6) continuidade de cuidados; (7) ambiente físico (ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável); (8) disponibilidade (presença de recursos médicos, quantidade suficiente de prestadores).

Similarmente Carr-Hill (1992) salienta como dimensões da satisfação a humanização, a informação, a qualidade global, a competência técnica, o acesso/disponibilidade, o custo, a continuidade de cuidados e os resultados.

Num estudo sobre a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários, Ferreira (2001) apresentou cinco dimensões principais: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços, denominadas dimensões Europep. O Europep (European Study on Patient Evaluation of General Practice Care) é um instrumento internacional de avaliação da satisfação de utentes com os cuidados de saúde primários, criado em 1995 por um grupo de investigadores de 10 países e padronizado para ser aplicado a nível da Europa e assim permitir a comparação de resultados entre os vários sistemas de saúde (Ferreira, 2010). A mesma classificação de dimensões da satisfação tem sido utilizada pelo autor em estudos posteriores realizados a nível dos cuidados de saúde primários portugueses.

Ribeiro (2003) no seu estudo mede a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem segundo seis dimensões: qualidade na assistência, envolvimento do utente, individualização da informação, informação dos recursos, promoção do elo de ligação e formalização da informação.

Dependendo dos aspectos dos cuidados de saúde que se pretende avaliar diferentes dimensões poderão ser propostas no sentido de conseguir extrair do estudo de satisfação um reflexo o mais fiel possível da realidade que se pretende analisar.

Relativamente à importância atribuída pelos utentes a cada uma das diferentes dimensões Schoenfelder (2012) refere que os aspectos interpessoais dos cuidados são fortes originadores de satisfação nos utentes, sendo mais valorizados que as amenidades e os aspectos técnicos ou organizacionais dos cuidados.

De facto, e de acordo com a meta-análise de 41 estudos realizada por Roter (1989), citado por McIntyre (2002), o factor que mais influenciou a satisfação do utente foi a informação fornecida pelo profissional de saúde em relação ao seu problema e tratamento. Outro factor apontado foi a forma de interacção, tendo sido valorizado o profissional que escuta o utente, facilita o diálogo e tenta compreender o seu problema, manifesta interesse na pessoa a quem presta cuidados e lhe presta apoio emocional (McIntyre, 2002).

Segundo o estudo de meta-análise realizado por Hall e Dornan (1988), citado por Ferreira (2000), em que foram analisados 221 estudos sobre satisfação de utentes, os aspectos mais valorizados

pelos utentes foram a humanidade e qualidade técnica, enquanto que os menos conotados diziam respeito à atenção dos prestadores a outras necessidades dos doentes, continuidade de cuidados, acessibilidade, informação prestada e atenção dada aos problemas psicossociais.

Relativamente à continuidade de cuidados há estudos a nível dos cuidados de saúde primários que demonstram que existe uma consistente e significativa relação positiva entre a continuidade interpessoal de cuidados (manter o mesmo profissional de saúde) e a satisfação de utentes (Fan et al, 2005; Saultz e Albedaiwi, 2004). A revisão crítica de Saultz e Albedaiwi (2004) sugere que a continuidade interpessoal na relação médico-utente é considerada importante para os utentes dos Estados Unidos da América, Grã-Bretanha, Austrália e vários outros países. Uma relação médico-utente consistente e duradoura é uma componente essencial dos cuidados primários. Segundo Fan et al. (2005) há evidências que a continuidade com o mesmo profissional de saúde é associada a vários benefícios tais como uma maior confiança do utente no seu médico, uma melhor comunicação, melhores resultados em saúde nomeadamente melhor controlo de doenças crónicas como a diabetes, e diminuição das hospitalizações.

Como verificamos há diversas dimensões da satisfação identificadas. De acordo com os objectivos do estudo, elas devem ser analisadas separadamente de forma a conhecer as fontes de satisfação e insatisfação dos utentes. Na opinião de Cleary e McNeil (1988) a satisfação global tem um interesse relativo quando utilizada de forma isolada, uma vez que não permite determinar os aspectos específicos dos cuidados que são considerados no julgamento global de qualidade que deles é feito.

### 1.3.3 Estudos de Satisfação de Utesntes nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses

Apesar da reconhecida importância da satisfação como indicador de qualidade dos cuidados de saúde e do imperativo legal existente já em Portugal da inclusão da satisfação dos utentes como critério essencial na avaliação periódica do SNS, ainda não existe um sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde. Grande parte dos estudos realizados em Portugal são heterogéneos, diferindo grandemente quer em termos das metodologias utilizadas como nas dimensões de satisfação em análise.

Por outro lado, os estudos realizados têm sido pouco aproveitados para a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços prestados, revelando-se muitas das vezes como pontos de reflexão isolados. Tal como refere Santos et al (2007:243) “seria importante a implementação de um

sistema de auscultação regular da satisfação dos utentes (...) relativamente ao funcionamento dos CS”, de forma a permitir a devida monitorização de melhorias implementadas e dos efeitos das políticas e intervenções levadas a cabo na área da saúde. Estando nós no decurso de uma reforma estrutural profunda a nível dos cuidados de saúde primários marcada por mudanças sucessivas a nível dos serviços, consideramos incontornáveis a necessidade e importância de aplicar de forma sistematizada estudos de satisfação, não só de utentes como também de profissionais, como forma de avaliar o impacto dessas alterações no dia-a-dia de quem presta e recebe os cuidados.

Na figura 7 são apresentados de forma resumida alguns dos diversos estudos que foram realizados na última década em Portugal Continental no âmbito da avaliação dos utentes aos CSP.

Estudo (Autor, ano de publicação)	Instrumento/ Técnica de Recolha de Dados	Amostra	Principais Resultados
<b>“Satisfação do Utente face aos Médicos e Medicina”</b> (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001)	Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU) e Escala de Atitudes Face aos Médicos e Medicina (EAMM)	137 Utentes de 3 CS da SRS Braga (idades compreendidas entre os 15 e 74 anos idade)	Os resultados demonstraram que uma atitude positiva face aos médicos e à medicina encontra-se positiva e significativamente correlacionada com a percepção que o utente tem da qualidade técnica do médico, com a qualidade das relações estabelecidas e com a avaliação global que o sujeito faz dos serviços do CS.  Verificou-se ainda que as atitudes negativas estão significativa e negativamente correlacionadas com a qualidade técnica, comunicação/informação, relações interpessoais, acessibilidade e a avaliação global.
<b>“A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde”</b> (Ferreira, Raposo e Godinho, 2005)	Questionário Europep	11166 Utentes de todos os CS de Portugal Continental	O estudo evidenciou uma satisfação dos utentes dos CS em relação à “informação e apoio” de 59,5%, seguida dos “cuidados médicos” com 59,3% e da “continuidade e cooperação” com 55,7% de satisfação.  Os utentes revelaram-se especialmente satisfeitos com a “relação e comunicação” estabelecidas com o seu médico (67,6%)  A “organização dos serviços” foi o aspecto com pior avaliação, tendo sido determinada uma satisfação de apenas 42,8%; os utentes demonstraram insatisfação principalmente a nível da facilidade em marcar consulta (39,2%), facilidade em falar ao telefone com o médico (37,8%), e do tempo de espera nas salas de espera (32,6%).

**Figura 7-** Estudos de Satisfação de Utesntes dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Estudo (autor, ano de publicação)	Instrumento /Técnica de Recolha de Dados	Amostra	Principais Resultados
<b>“Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e Profissionais”</b>  (Santos et al, 2007)	Grupos Focais  (14 grupos focais)	103 indivíduos, envolvendo 16 CS de Portugal Continental (34 utentes, 38 profissionais de saúde, 28 elementos de redes sociais e 3 profissionais da comunicação social)	<p>Os resultados demonstraram satisfação dos utentes com as relações interpessoais, particularmente na relação médico-utente. Foi também valorizada uma maior articulação dos CS com outras instituições o que se reflecte num aumentada oferta de outros serviços especialmente na área dos cuidados ao domicílio.</p> <p>Verificou-se insatisfação, sobretudo, com os tempos de espera no dia da consulta e com excessiva burocratização e dificuldades na marcação de consultas. A este propósito dois aspectos merecem particular destaque por serem muito repetidos ao longo dos focus groups: a dificuldade na marcação por telefone e o incumprimento dos horários de trabalho por parte de alguns médicos de família.</p> <p>A acessibilidade aos cuidados de saúde foi também um factor de insatisfação nomeadamente a nível da falta de médicos, horários pouco alargados e localização pouco apropriada do CS.</p>
<b>“Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”</b>  (Entidade Reguladora da Saúde, 2009)	Questionário / Inquérito	1031 utentes de 101 CS de Portugal Continental	<p>Os utentes mostraram-se globalmente satisfeitos com o acesso aos CSP, havendo, porém, menor facilidade de acesso no Norte do país (Vila Real, Bragança e Viseu), sendo Faro, Coimbra e Castelo Branco as regiões com maior facilidade de acesso.</p> <p>No que respeita aos horários de funcionamento das consultas e ao tempo de espera para atendimento obtiveram-se 84% e 68% de opiniões positivas, respectivamente. A espera desde a marcação até ao dia da consulta não excedeu uma semana para 54% dos utentes, tendo estes, no entanto, classificado os CS negativamente face a outros serviços, quer em termos do tempo de espera desde a marcação até ao dia da consulta, quer do tempo de espera para atendimento no dia da consulta.</p> <p>Verificou-se que a marcação de consulta por telefone ainda é uma realidade com pouca expressão, apenas 14% dos utentes o fizeram.</p> <p>Relativamente ao conforto e higiene das instalações as opiniões foram bastante positivas, tendo sido os aspectos com melhor avaliação.</p>
<b>“O valor dos Cuidados Primários: perspectiva dos utilizadores das USF”</b>	Questionário Europep	12713 utentes das 146 USF em actividade no momento do estudo	<p>Relativamente aos indicadores Europep obteve-se uma satisfação global de 73,2%. A região Centro apresentou um valor mais elevado (76,6%), seguida da região Norte, Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo, e por último Algarve (68,6%).</p> <p>A “relação e comunicação” foi a dimensão com maior satisfação (76,5%), nomeadamente na confidencialidade (81,8%), envolvimento dos doentes (78,8%) e humanidade (77,5%).</p>

**Figura 7 - Estudos de Satisfação de Utentes dos Cuidado de Saúde Primários em Portugal (cont.)**

Estudo (Autor, ano de publicação)	Instrumento/ Técnica de Recolha de Dados	Amostra	Principais Resultados
(Ferreira, Antunes e Portugal, 2010)			<p>A menor satisfação verificou-se relativamente à “organização dos serviços”(69,2%), tendo-se destacado o tempo de espera na sala de espera com apenas 57,9% de satisfação.</p> <p>No que refere às áreas específicas a satisfação global foi de 75%. Os utilizadores das USF revelaram-se especialmente satisfeitos com a competência, cortesia e carinho dos enfermeiros (80,9%), dos médicos (80,1%) e com o respeito com que são tratados (79,5%). Os serviços ao domicílio atingiram apenas 64,4% de satisfação seguida rapidez no atendimento com 71,1%.</p>

**Figura 7** - Estudos de Satisfação de Utentes dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal (cont.)

Em termos gerais, os estudos nacionais realizados evidenciam uma avaliação positiva dos cuidados de saúde primários. Analisando os estudos realizados por Ferreira em 2004 e 2009, com o instrumento Europep, verificam-se avanços significativos nas diferentes dimensões de satisfação avaliadas, com um expresso aumento de 16,3% na satisfação global (aumento de 56,9% para 73,2%) (Ferreira et al, 2005; Ferreira et al, 2010).

A avaliação feita da prestação de cuidados e dos profissionais, quer médicos quer enfermeiros, é globalmente positiva e tem evoluído. As questões com as quais os portugueses continuam a mostrar-se menos satisfeitos são as que têm a ver com os aspectos de organização e com o funcionamento dos serviços de saúde, em especial os tempos de espera.





# Capítulo II

## Métodos



## **2.1 Caracterização do Estudo**

Este estudo é considerado um estudo exploratório de carácter descritivo pois tem como objectivo principal conhecer e descrever o nível de satisfação dos utentes das UCSP e USF do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega com os cuidados que lhes são prestados.

É um estudo misto pois combina a metodologia quantitativa com técnicas de pesquisa qualitativa, nomeadamente a análise de conteúdo, predominando, no entanto, a metodologia quantitativa.

É ainda um estudo transversal pois não apresenta um período de seguimento, uma vez que os dados são colhidos num determinado momento, representando uma imagem da realidade em estudo.

## **2.2 Objectivos, finalidades e hipóteses de investigação**

O objectivo geral deste estudo é avaliar a satisfação dos utentes das UCSP e das USF do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega com os cuidados que lhes são prestados.

Pretende-se, assim, obter dados que permitam comparar os níveis de satisfação dos utilizadores das USF, unidades fortemente apoiadas em termos de recursos tanto humanos como físicos e regidas por uma política de incentivos que premeia a produtividade e qualidade, com os das UCSP, que foram criadas à semelhança das USF mas não dispõem das mesmas condições de trabalho e não contemplam a atribuição de incentivos. Logo, importa saber em que medida estas assimetrias se reflectem no nível de satisfação dos utentes. E porque a satisfação é considerada um indicador de qualidade, este estudo também contribuirá para um melhor conhecimento da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde incluídas no estudo. Tal como definido na Carta dos Direitos dos Utentes, todo o utente tem o Direito à Qualidade dos Cuidados, nomeadamente à equidade no acesso a cuidados de qualidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

São traçados como objectivos específicos do estudo:

- Identificar os aspectos que mais contribuem para a satisfação global do utente;
- Identificar os aspectos perante os quais os utentes das UCSP e das USF apresentam maiores e menores índices de satisfação, identificando áreas chave de intervenção;

- Estudar a influência de variáveis sociodemográficas e da variável referente à experiência na satisfação dos utentes;
- Comparar os níveis de satisfação dos utentes das UCSP com os dos utentes das USF.

Perante os objectivos de estudo definidos, e com base na informação recolhida na revisão de literatura, formulamos algumas predições em relação aos resultados esperados que correspondem às nossas hipóteses de investigação.

Assim, são apresentadas como hipóteses:

- H1: A satisfação dos utentes depende das características sociodemográficas e da utilização da unidade de saúde;
- H2: A satisfação dos utentes depende do tipo de unidade de saúde.

Para H1 consideramos como variáveis sociodemográficas a idade, sexo, escolaridade e estado civil. Quanto à utilização da unidade de saúde definimos como variável o número de consultas tidas na unidade de saúde nos últimos 6 meses antecedentes à aplicação do instrumento.

Relativamente a H2 foi considerada como variável independente o tipo de unidade de saúde (USF e UCSP).

## **2.3 População e amostra**

A população do estudo corresponde a todos os utentes inscritos nas 11 UCSP e 4 USF do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega, e que englobam os concelhos de Amarante, Marco de Canavezes, Baião, Celorico de Basto, Resende e Cinfães. Na figura 8 são apresentadas as unidades de saúde de cada concelho incluídas no estudo.

A escolha desta população prendeu-se com o facto de a autora exercer a sua actividade profissional numa UCSP do referido ACES e, naturalmente, sentir-se motivada para a aplicação deste estudo na realidade onde se insere profissionalmente.

A amostra foi obtida por técnica de amostragem aleatória estratificada, pois a população de estudo foi dividida em subgrupos que correspondem às diversas unidades de saúde. A amostra final foi

constituída por amostragem aleatória simples dos elementos pertencentes a esses subgrupos em que a probabilidade de pertencer à amostra foi igual para todos (Marôco, 2010).

ACES Tâmega I – Baixo Tâmega	
Centro de Saúde	Unidade de Saúde
<b>Amarante</b>	UCSP Amarante I UCSP Amadeo Souza Cardoso UCSP Figueiró UCSP Várzea/ Jazente UCSP Vila Meã USF São Gonçalo
<b>Baião</b>	UCSP Santa Marinha e Frende USF Baião
<b>Celorico de Basto</b>	UCSP Celorico
<b>Cinfães</b>	UCSP Cinfães
<b>Marco de Canavezes</b>	UCSP Marco/Tabuado UCSP Feira Nova USF Alpendorada USF Marco
<b>Resende</b>	UCSP Resende

**Figura 8** -Unidades de Saúde incluídas no estudo

Constituíram critérios de exclusão na amostra:

- Não querer participar no estudo;
- Não saber ler, nem escrever e não ter capacidade de comunicar verbalmente.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- Apresentar idade igual ou superior a 16 anos;
- Possuir capacidade de comunicação verbal;
- Considerar apenas uma ida durante o período de colheita de dados.

No total foram distribuídos pelas unidades 1065 questionários, dos quais foram entregues aos utentes 924, tendo sido a taxa de resposta global de 92,2% (852 questionários respondidos). A amostra do estudo é então composta por 852 utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega com idades compreendidas entre os 17 e 85 anos de idade (idade média de 67,9+/-14,3).

Na Tabela 1 são apresentadas as taxas de resposta por unidade de saúde bem como o número de questionários entregues ao utente em cada unidade. Verificou-se na globalidade uma taxa de resposta bastante positiva excepto em duas unidades, nomeadamente na UCSP Feira Nova (43%) e UCSP Amarante I (57%).

<b>Centro de Saúde</b>	<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Nº Médicos</b>	<b>Nº Questionários</b>	<b>Nº Questionários entregues utente</b>	<b>Nº Questionários preenchidos</b>	<b>Taxa de resposta</b>
Amarante	USF São Gonçalo	6	90	85	78	92%
	UCSP Amarante I	5	75	75	43	57%
	UCSP Amadeo Souza Cardoso	5	75	75	69	92%
	UCSP Figueiró	3	45	45	45	100%
	UCSP Várzea/Jazente	2	30	13	12	92%
	UCSP Vila Meã	6	90	73	73	100%
Baião	USF Baião	5	75	75	74	99%
	UCSP Santa Marinha e Frende	3	45	45	45	100%
Celorico Basto	UCSP Celorico	10	150	117	113	97%
Cinfães	UCSP Cinfães	3	45	45	45	100%
Marco de Canavezes	USF Alpendorada	5	75	75	74	99%
	USF Marco	6	90	90	87	97%
	UCSP Marco/Tabuado	6	90	44	31	70%
	UCSP Feira Nova	2	30	7	3	43%
Resende	UCSP Resende	4	60	60	60	100%
<b>TOTAL</b>		<b>71</b>	<b>1065</b>	<b>924</b>	<b>852</b>	<b>92%</b>

**Tabela 1**– Aplicação do Europep no ACES Tâmega I – Baixo Tâmega

## 2.4 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário adaptado do Europep desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e já largamente testado e validado em Portugal (Ferreira, 2010).

O instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,953 para as dimensões principais e um alfa de Cronbach de 0,913 para as dimensões mais específicas (Ferreira, 2010).

O questionário é composto por vários itens em relação aos quais se pede ao utente, através de uma escala de Likert de 5 pontos, o seu grau de satisfação ou o grau de concordância (escala de Likert de 4 pontos).

A escala de satisfação varia do Mau (1) ao Excelente (5), e são medidas as seguintes dimensões:

- Relação e comunicação estabelecida com os profissionais de saúde (7 itens)
- Cuidados médicos (5 itens)
- Informação e apoio recebida pelos utilizadores (4 itens)
- Continuidade e cooperação com outros níveis de cuidados (2 itens)
- Organização dos serviços (7 itens)

Para além destas dimensões que constituem os indicadores-chave Europep, são avaliadas áreas específicas, nomeadamente a satisfação dos utilizadores face a:

- Oferta de outros serviços (4 itens);
- Resposta às necessidades dos utilizadores (3 itens);
- Recursos humanos (4 itens);
- Instalações (3 itens).

As nove dimensões acabadas de referir constituem componentes da variável dependente do nosso estudo que é a “satisfação dos utentes com os cuidados de saúde prestados”.

O instrumento possui também dois itens referentes à recomendação que os utilizadores fazem da sua unidade de saúde e à existência de razões para mudarem para outra unidade em relação aos quais se



solicita que expressem a sua concordância. A escala da concordância varia do concordo muito (4) ao discordo muito (1).

O questionário é composto ainda por duas questões abertas relativas aos aspectos mais positivos e negativos encontrados na UCSP/USF, de forma a permitir aos inquiridos um espaço para expressar livremente opiniões e comentários.

Por fim temos os dados sociodemográficos para a caracterização da amostra e que incluem: sexo, idade, estado civil e escolaridade. É também incluída uma questão relativa à experiência, onde se pergunta ao utente se aquela é a primeira consulta naquela unidade de saúde e, caso contrário, quantas mais vezes foi à unidade nos últimos 6 meses.

São assim definidas como variáveis independentes:

- Idade - variável quantitativa do tipo discreta;
- Sexo - variável qualitativa do tipo nominal, apresentando as categorias masculino e feminino;
- Grau de escolaridade - variável qualitativa do tipo ordinal; esta variável considera oito categorias que vão desde o “não sabe ler nem escrever” ao “ensino superior”;
- Estado civil – variável qualitativa do tipo nominal que integra seis categorias: “casado/a”, “união de facto”, “solteiro/a”, “separado/a”, “divorciado/a” e “viúvo/a”.
- Utilização da unidade de saúde - variável quantitativa do tipo discreta referente ao número de consultas tidas na unidade de saúde nos últimos 6 meses.

Como variável apenas de caracterização da amostra temos ainda:

- Experiência - variável qualitativa do tipo nominal, que considera duas categorias: “1º consulta” e “consulta subsequente”.

O questionário utilizado é apresentado em anexo (anexo I).

## **2.5 Procedimentos**

Para aplicação do questionário foi previamente solicitada autorização ao Director Executivo do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega mediante requerimento onde se apresenta o objectivo geral do estudo, a

descrição do instrumento de recolha de dados a utilizar, e onde é garantida a confidencialidade dos dados (anexo II).

Para a aplicação do estudo pudemos contar com a colaboração do Gabinete do Cidadão do ACES que agilizou o processo de entrega dos questionários aos coordenadores das USF e UCSP e, posteriormente, a sua recolha. No total foram enviados para as unidades 1065 questionários, correspondendo a 15 questionários por cada médico de família em exercício em cada USF ou UCSP.

A acompanhar os questionários foram também entregues “Instruções de Aplicação” onde constavam, para além de algumas orientações, os critérios de inclusão e exclusão na amostra (anexo III). A entrega dos questionários ao utente foi realizada pelos funcionários administrativos de cada unidade que prestaram ao utente o devido esclarecimento dos objectivos e da liberdade de escolha em colaborar no estudo. Foi igualmente garantido o anonimato e a confidencialidade pela impossibilidade de identificação do respondente a partir dos dados fornecidos.

A aplicação ocorreu durante 3 dias consecutivos em Fevereiro de 2012. De forma a garantir a aleatoriedade da amostra foram dadas orientações escritas, no documento de “Instruções de Aplicação”, para aplicar o instrumento a todos os utentes, na proporção de um em cada três, que recorressem à sua unidade de saúde durante o período estabelecido.

Os dados colhidos foram analisados utilizando o software estatístico PASW (versão do SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*).

Começou-se por recodificar e criar grupos em algumas das variáveis nomeadamente a idade, estado civil, escolaridade e número de consultas nos últimos 6 meses. Na idade foram criados três grupos etários: jovem adulto (16-34 anos de idade), adulto (35-64 anos de idade) e idoso (idade  $\geq$  65 anos).

Quanto ao estado civil das seis categorias existentes foram criadas quatro categorias: “casado/a”, “solteiro/a”, separado ou divorciado/a” e “viúvo/a”.

Na variável escolaridade das oito categorias iniciais foram formadas apenas três. O “não sabe ler e escrever”, “só sabe ler e escrever”, “1º ciclo do ensino básico”, “2º ciclo do ensino básico” e “3º ciclo do ensino básico” foram convertidos em apenas uma categoria que englobou todos os indivíduos com escolaridade  $\leq$  ensino básico. As categorias “ensino secundário” e “ensino médio” foram agrupadas numa só categoria. O “ensino superior” manteve-se na mesma categoria.

No que refere ao número de consultas nos últimos 6 meses agrupamos as respostas também em três categorias: “0 a 2 consultas”, “3 a 6 consultas” e “mais de 6 consultas”.

As escalas de Likert da satisfação (5 pontos) e do grau de concordância (4 pontos) foram ambas convertidas numa escala linear de 0 a 100.

No tratamento estatístico foi utilizada a estatística descritiva como forma de apresentação dos cálculos dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de modo a analisar os dados referentes à amostra.

Para isso, recorreremos à média como medida de tendência central, ao desvio padrão, mínimo e máximo como medidas de dispersão e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais para as variáveis em escala nominal.

Numa segunda fase, relativamente à estatística inferencial, utilizamos as análises comparativas para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre grupos, para um nível de significância de 0,05.

Para testar H1, ou seja a influência das variáveis sociodemográficas e de utilização da unidade de saúde na satisfação dos utentes, recorreremos ao teste T-Student para a variável sexo e à análise de variância para as restantes variáveis tendo-se verificado a normalidade pela análise da assimetria e curtose. No que refere às variáveis com três ou mais grupos e quando não verificada a homogeneidade de variâncias foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Relativamente a H2, para verificar a existência de diferenças na satisfação entre utentes das USF e UCSP recorreu-se ao teste T-Student para amostras independentes. Tal como procedido anteriormente, a normalidade foi verificada pela análise da assimetria e da curtose e a homogeneidade das variâncias comprovada pelo teste de Levene ( $p > 0,05$ ).

A informação obtida nas questões abertas foi analisada através da técnica de análise de conteúdo.



# Capítulo III

## Resultados



Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados obtidos. Começamos pela estatística descritiva com a caracterização da amostra e das diversas dimensões da satisfação avaliadas. De seguida são apresentados os resultados dos testes de hipóteses onde se determina a existência ou não de diferenças na satisfação entre os grupos das variáveis em estudo.

### 3.1 Caracterização da amostra

Para uma melhor análise e interpretação da satisfação foram colhidos dados referentes à utilização das unidades de saúde pelos utentes e às características sociodemográficas destes. Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes à estatística descritiva das variáveis independentes em estudo

**Tabela 2** – Descrição sociodemográfica da amostra e dados de utilização da unidade de saúde

	<i>n</i>	%
	852	100
<b>Sexo</b>		
Masculino	229	28,2
Feminino	584	71,8
<b>Idade (anos)</b>		
Jovem adulto (16 - 34 anos)	278	34,6
Adulto (35 - 64 anos)	475	59,2
Idoso ( $\geq 65$ anos)	50	6,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a	589	71,7
Solteiro/a	166	20,2
Viúvo	23	2,8
Divorciado/a ou separado/a	43	5,2
<b>Escolaridade</b>		
$\leq$ Ensino básico	511	62,9
Ensino secundário/ médio	228	28,0
Ensino superior	74	9,1
<b>Experiência</b>		
1ª Consulta	50	6,4
Consulta subsequente	732	93,6
<b>Número de consultas nos últimos 6 meses</b>		
0 a 2 consultas	333	49,4
3 a 6 consultas	291	43,2
Mais de 6 consultas	50	7,4

A amostra do estudo é composta por 852 utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega, correspondendo 71,8% a indivíduos do sexo feminino.

As idades da amostra estão compreendidas entre os 17 e 85 anos de idade (idade média de 41,15 +/- 14,3). Na Tabela 3 podemos observar a média de idades de acordo com o sexo.

**Tabela 3** – Análise descritiva da idade de acordo como sexo

	Idade	
	Média	Desvio-padrão
<b>Masculino</b>	38,84	13,34
<b>Feminino</b>	46,76	15,42

Como podemos verificar a idade média das mulheres é de 46,8 sendo os homens, em média, 8 anos mais novos, o que corresponde a mais 2 anos que a diferença da esperança de vida à nascença (OCDE, 2012).

Trata-se de uma amostra maioritariamente adulta e jovem adultasendo a faixa etária dos 35-64 anos de idade a mais representativa (59,2%), seguida da faixa etária dos 16-34 anos (34,6%).

Relativamente ao estado civil os participantes no estudo são maioritariamente casados representando cerca de 72% da amostra.

Cerca de 63% dos indivíduos têm escolaridade ≤ ensino básico, 28,0% completou o ensino secundário ou médio e apenas 9,1% da amostra concluiu o ensino superior.

Quanto à experiência a grande maioria dos respondentes, nomeadamente 93,6%, referiram não se tratar da primeira consulta na unidade de saúde.

No que refere ao número de consultas nos últimos 6 meses a média é de 3,5 +/-4,2, com valor mínimo de 0 e máximo de 52. Como se pode verificar na Tabela 2 a maioria dos indivíduos, nomeadamente 49,4%, teve entre 0 a 2 consultas durante os últimos 6 meses antecedentes à aplicação do questionário. Apenas 7,4% da amostra recorreu mais de 6 vezes à sua unidade de saúde.

De seguida procedemos à descrição da satisfação da amostra relativamente às diversas dimensões avaliadas. São apresentados os valores de satisfação global obtidos nas dimensões Europep e nas áreas específicas separadamente, assim como os resultados obtidos em cada uma das dimensões e respectivos itens que as compõem.

Na Tabela 4 podemos observar os resultados de satisfação em cada uma das dimensões Europep e a respectiva satisfação global.



**Tabela 4 – Satisfação global Europep**

<b>Dimensões Europep</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média (%)</b>	<b>Desvio Padrão (%)</b>
Relação e Comunicação	704	7,14	100	80,47	17,59
Cuidados médicos	699	5	100	76,18	19,78
Informação e apoio	707	0	100	75,50	21,39
Continuidade e cooperação	717	0	100	71,11	22,53
Organização dos serviços	638	0	100	71,94	19,90
<b>Satisfação global Europep</b>	<b>524</b>	<b>9,50</b>	<b>100</b>	<b>75,95</b>	<b>17,73</b>

Como se verifica pelos dados apresentados a satisfação global dos utentes a nível dos indicadores Europep foi de 75,95%, o que indica que os participantes do estudo avaliaram favoravelmente os cuidados prestados na sua unidade de saúde no que refere às dimensões Europep. Entre estas destacou-se a relação e comunicação com 80,47% de satisfação, seguida dos cuidados médicos com 76,18%. As dimensões com menor satisfação foram a continuidade e cooperação (71,11%) e a organização dos serviços (71,94%). De destacar a grande amplitude de respostas em todas as dimensões.

Quanto às áreas específicas podemos observar na Tabela 5 os resultados de satisfação obtidos por dimensão e globalmente.

**Tabela 5 – Satisfação global nas áreas específicas**

<b>Dimensões</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média (%)</b>	<b>Desvio Padrão (%)</b>
Oferta de outros serviços	385	12,50	100	72,40	17,68
Resposta às necessidades	716	0	100	72,36	21,69
Recursos humanos	753	0	100	79,37	18,33
Instalações	777	0	100	77,27	18,99
<b>Satisfação global</b>	<b>353</b>	<b>19,27</b>	<b>100</b>	<b>76,65</b>	<b>15,73</b>

A satisfação global nas áreas específicas foi de 76,65%, ligeiramente superior à satisfação nas dimensões Europep. A dimensão em que os utentes manifestaram uma opinião mais favorável foi os recursos humanos com uma satisfação de 79,37%. As dimensões com menor satisfação correspondem à resposta às necessidades (72,36%) e à oferta de outros serviços (72,40%). Tal como aconteceu nas dimensões Europep também aqui a amplitude de respostas foi grande variando de 0 a 100, excepto na oferta de serviços em que o valor mínimo é de 12,50%.

Para uma melhor compreensão da opinião dos utentes avaliamos a satisfação em cada um dos itens que compõem as diferentes dimensões (Tabelas 6 e 7)

**Tabela 6** -Análise descritiva das dimensões Europep da satisfação

<b>Relação e comunicação</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Tempo que esteve na consulta	800	77,69%	24,65%
Interesse demonstrado pela sua situação de saúde	800	79,63%	22,59%
Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas	807	80,20%	22,50%
Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou	805	76,89%	21,99%
Forma como o médico o/a ouviu	807	80,98%	22,18%
Confidencialidade da informação sobre o seu processo	792	82,54%	20,24%
Tempo dedicado pelo pessoal de enfermagem	779	83,50%	20,06%
<b>Cuidados médicos</b>			
Alívio rápido dos sintomas	795	75,69%	23,36%
Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias	781	74,94%	23,21%
Atenção dispensada para os seus problemas	787	77,29%	23,00%
Exame clínico feito pelo médico	764	77,42%	23,05%
Oferta de serviços de prevenção de doenças	766	75,33%	25,79%
<b>Informação e apoio</b>			
Explicação dos objectivos dos exames, testes e tratamentos	778	75,89%	23,91%
Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença	771	75,29%	24,82%
Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde	736	74,25%	24,66%
Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico	762	75,46%	23,24%
<b>Continuidade e cooperação</b>			
Conhecimento do médico sobre o que foi feito e dito em consultas anteriores na unidade de saúde	752	72,07%	23,88%
Preparação sobre o que esperar de especialistas, dos cuidados hospitalares e de outros prestadores	734	69,75%	25,28%
<b>Organização dos serviços</b>			
Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha na unidade de saúde	793	70,81%	27,51%
Possibilidade de falar pelo telefone para esta unidade de saúde	769	76,30%	23,49%
Possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família	702	65,59%	28,53%
Tempo que esperou na sala de espera	784	59,08%	29,33%
A rapidez com que os problemas agudos foram resolvidos	774	71,25%	25,51%
A organização geral dos serviços oferecidos por esta unidade de saúde	782	77,11%	21,70%
Apoio, em geral, que recebeu do pessoal desta unidade de saúde, além dos médicos	793	79,69%	21,71%

**Tabela 7 – Análise descritiva das dimensões nas áreas específicas**

<b>Oferta de outros serviços</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Serviços ao domicílio fornecidos por esta unidade de saúde	574	74,35%	22,41%
Resposta às necessidades especiais dos utilizadores da unidade de saúde (ex, crianças, idosos e portadores de deficiência)	717	68,34%	26,78%
Forma como foi contactado/a para utilizar os serviços de prevenção de doenças	755	76,82%	21,90%
Esta unidade de saúde permite a marcação de consultas pela internet	519	70,91%	28,31%
<b>Resposta às necessidades</b>			
Rapidez com que foi atendido nesta unidade de saúde	790	68,92%	27,79%
O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	791	78,66%	21,84%
A liberdade de escolha de profissional de saúde e possibilidade de segunda opinião	737	70,69%	24,95%
<b>Recursos humanos</b>			
A competência, cortesia e carinho do pessoal médico	795	78,71%	22,66%
A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	798	83,80%	19,36%
A competência, cortesia e carinho do secretariado clínico	805	80,99%	21,78%
A pontualidade dos profissionais	787	75,03%	25,07%
<b>Instalações</b>			
O conforto geral da unidade de saúde (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação)	799	74,53%	25,48%
A limpeza das instalações da unidade de saúde	802	80,46%	21,21%
O horário de atendimento	795	76,89%	24,03%

No que refere às dimensões Europep, e como podemos constatar pela análise dos dados na Tabela 6, o item com avaliação mais positiva correspondeu ao tempo dedicado pelo pessoal de enfermagem com 83,50% de satisfação. De salientar ainda a confidencialidade da informação (82,54%), a forma como foi ouvido pelo médico (80,98%) e a facilidade com que se sentiu à vontade para contar os problemas (80,20%), itens todos eles referentes à dimensão da relação e comunicação.

Relativamente aos cuidados médicos as questões em que os utentes manifestaram maior satisfação foram o exame clínico realizado pelo médico (77,42%) e a atenção dispensada para os seus problemas (77,29%).

Na informação e apoio a satisfação nos vários itens é muito aproximada. A explicação dos objectivos dos exames, testes e tratamentos foi o item com maior satisfação (75,89%); os utentes demonstraram menor satisfação com a ajuda que sentiram terem recebido para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde (74,25%).

Na avaliação da continuidade e cooperação os participantes demonstraram-se menos satisfeitos com a preparação sobre o que esperar de especialistas, dos cuidados hospitalares e de outros prestadores (69,75%).

Numa apreciação geral entre todos os itens destacou-se com menor satisfação o tempo de espera na sala de espera, com 59,08% de satisfação apenas, seguido da possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família (65,59%), ambas questões referente à organização dos serviços

No que diz respeito às dimensões nas áreas específicas podemos verificar pela Tabela 7 que o item com menor satisfação foi o da resposta às necessidades especiais dos utilizadores (68,34%) referente à oferta de serviços. Nesta dimensão a questão em que os utentes se demonstraram mais satisfeitos refere-se à forma como foram contactados para utilizar os serviços de prevenção de doenças (76,82%).

Analisando os itens da resposta às necessidades verifica-se que a questão avaliada mais favoravelmente se refere ao respeito com que o utente foi tratado e a forma como a privacidade foi mantida, com uma satisfação de 78,66%. Ao invés, a rapidez de atendimento na unidade de saúde foi o item com menor satisfação nesta dimensão; a par de uma média de satisfação de apenas 68,92% tivemos um desvio-padrão 27,79% o que indica que para além de uma média de satisfação relativamente baixa verificou-se uma grande dispersão de opiniões face a esta questão.

Na dimensão dos recursos humanos destacou-se com uma satisfação de 83,80% e desvio-padrão de apenas 19,36% a competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem. De seguida, com uma satisfação de 80,99% esteve a competência, cortesia e carinho do pessoal do secretariado clínico. Com menor satisfação esteve a pontualidade dos profissionais (75,03%).

Por último, relativamente às instalações é com a sua limpeza que os utentes que participaram no estudo se mostraram mais satisfeitos (80,46%). O conforto geral da unidade de saúde surgiu como o aspecto que menos satisfaz os utentes (74,53%).

A intenção dos utentes de mudança de unidade de saúde e recomendação que fazem a outros da sua unidade foram aspectos também analisados uma vez que são considerados factores reveladores de satisfação/insatisfação. Na Tabela 8 são apresentados os resultados em termos de frequências das respostas obtidas relativas ao grau de concordância face a P41 e P42.

**Tabela 8** – Distribuição da recomendação da unidade de saúde e intenção de mudança

		n	%
Recomendo fortemente esta unidade de saúde aos meus amigos	Discordo muito	46	5,9
	Discordo	60	7,7
	Concordo	432	55,3
	Concordo muito	243	31,1
Não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de saúde	Discordo muito	58	7,5
	Discordo	57	7,3
	Concordo	364	46,9
	Concordo muito	297	38,3

Quando analisado o grau de concordância quanto à recomendação da unidade de saúde pudemos verificar que grande percentagem da amostra referiu concordar com a afirmação (86,4%). Por cada indivíduo que não recomenda a unidade existiram 6,4 indivíduos que o fazem.

Relativamente à intenção de mudança para outra unidade de saúde verificamos que 85,2% dos respondentes não vêem qualquer razão para mudar. Por cada indivíduo que referiu ter razões para mudar houveram 5,7 que consideraram não haver qualquer razão para o fazer.

### 3.2. Satisfação segundo as variáveis sociodemográficas e de utilização

Um dos objectivos do trabalho é estudar a influência das variáveis sociodemográficas e da utilização da unidade de saúde na satisfação dos utentes. Nas Tabelas 9 a 12 podemos observar os resultados obtidos entre grupos por cada dimensão da satisfação avaliada.

**Tabela 9 – Satisfação dos utentes em função do sexo e da idade**

	Sexo				<i>t</i>		<i>p</i>		Idade						<i>F</i>	<i>p</i>
	Feminino		Masculino						Jovem adulto(16-34 anos)		Adulto(35-64 anos)		Idoso(≥ 65 anos)			
	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)					Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)		
Relação e comunicação	80,51	17,98	79,89	16,84	0,410	0,682	78,69	17,67	81,89	17,29	78,5	19,33	2,781	0,063		
Cuidados médicos	75,92	20,27	76,14	18,17	-0,128	0,898	73,47	20,66	77,96	19,10	73,78	21,29	4,133	0,016		
Informação e apoio	75,45	21,64	75,39	20,93	0,029	0,977	73,83	21,23	76,96	21,17	72,42	22,07	2,148	0,118		
Continuidade e cooperação	70,83	22,92	71,48	22,05	-0,332	0,740	70,94	21,46	71,50	23,02	71,19	23,40	0,048	0,953		
Organização serviços	71,33	19,97	73,14	19,37	-1,021	0,308	68,80	19,32	73,21	19,68	77,38	21,67	4,863	0,008		
Resposta às necessidades	71,69	21,82	73,98	20,88	-1,237	0,217	70,25	21,44	73,84	21,15	72,92	23,78	2,191	0,113		
Recursos humanos	78,86	18,23	80,78	17,91	-1,278	0,201	75,34	19,07	81,69	17,12	80,86	18,83	10,201	0,000		
Instalações	76,49	18,78	79,35	18,89	-1,860	0,063	75,63	18,71	78,04	18,59	79,78	20,31	1,805	0,165		
Oferta de outros serviços	71,94	18,05	73,49	16,80	-0,776	0,438	71,11	17,47	72,67	17,47	80,02	19,90	2,389	0,093		

*t* – teste T de Student

*p* – valor prova

*F* – Análise de variância

**Tabela 10** – Satisfação dos utentes em função do estado civil

	Estado Civil								<i>F</i> ou <i>H</i>	<i>p</i>
	Casado		Solteiro		Viúvo		Divorciado/separado			
	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)		
Relação e comunicação (a)	81,02	18,22	77,24	15,97	85,00	16,45	81,17	18,43	2,213	0,085
Cuidados médicos (b)	76,69	20,12	72,83	17,98	77,14	23,16	79,41	18,54	7,995	0,046
Informação e apoio (a)	76,15	21,82	71,60	19,49	78,12	22,99	78,95	20,16	2,124	0,096
Continuidade e cooperação (b)	71,15	23,00	70,49	19,37	73,81	28,48	72,37	23,64	1,449	0,694
Organização serviços (a)	72,18	20,29	68,91	17,85	80,67	20,09	76,07	18,62	2,608	0,051
Resposta às necessidades (b)	72,52	22,10	70,30	19,93	74,20	26,21	78,03	16,51	4,836	0,184
Recursos humanos (a)	80,35	18,42	75,63	17,51	78,26	20,20	82,09	14,37	2,958	0,032
Instalações (a)	77,52	18,90	74,95	18,37	82,97	19,86	80,21	17,06	1,870	0,133
Oferta de outros serviços (a)	72,94	18,02	70,67	15,56	71,01	19,47	74,18	17,86	0,432	0,730

a – Análise de variância(*F*)

b – Kruskal-Wallis(*H*)

*p* – valor prova

**Tabela 11** – Satisfação dos utentes em função da escolaridade

	Escolaridade						<i>F</i> ou <i>H</i>	<i>p</i>
	≤ Ensino Básico		Ensino secundário/médio		Ensino Superior			
	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)		
Relação e comunicação (b)	80,60	18,48	77,91	15,61	85,55	16,10	15,426	0,000
Cuidados médicos (a)	76,94	19,84	73,08	18,38	79,92	22,29	3,881	0,021
Informação e apoio (a)	76,08	22,04	72,74	19,74	79,61	20,50	2,923	0,054
Continuidade e cooperação (b)	71,43	23,28	69,83	20,01	74,80	22,80	3,656	0,161
Organização serviços (a)	73,11	19,98	69,50	18,88	71,16	20,99	2,115	0,121
Resposta às necessidades (a)	72,61	21,71	71,78	21,18	72,18	22,08	0,105	0,900
Recursos humanos (a)	80,36	18,09	77,24	17,98	79,01	18,55	2,132	0,119
Instalações (a)	78,42	18,76	75,08	18,82	75,97	18,33	2,545	0,079
Oferta de outros serviços (b)	71,98	17,81	73,64	15,05	72,22	23,37	0,986	0,611

a – Análise de variância(*F*)

b – Kruskal-Wallis(*H*)

*p* – valor prova



**Tabela 12** – Satisfação de utentes em função do número de consultas nos últimos seis meses

	Número de consultas nos últimos 6 meses						<i>F</i> ou <i>H</i>	<i>p</i>
	0 a 2 vezes		3 a 6 vezes		Mais de 6 vezes			
	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)	Média (%)	Desvio padrão (%)		
Relação e comunicação (a)	79,37	18,32	82,48	16,46	83,42	16,86	2,469	0,086
Cuidados médicos (b)	76,62	19,68	78,33	18,74	73,02	25,26	1,466	0,481
Informação e apoio (b)	75,17	21,85	77,79	20,06	73,47	24,76	1,956	0,376
Continuidade e cooperação (b)	69,98	22,48	73,90	21,12	70,34	27,82	3,649	0,161
Organização serviços (b)	71,98	19,29	73,83	19,49	66,92	27,41	1,967	0,374
Resposta às necessidades (a)	72,69	21,47	74,41	20,20	63,15	26,56	5,323	0,005
Recursos humanos (b)	80,14	17,78	80,17	17,78	72,28	24,03	3,952	0,139
Instalações (a)	78,02	18,37	77,60	19,21	77,47	19,22	1,270	0,282
Oferta de outros serviços (a)	70,99	18,65	74,64	17,30	69,42	18,86	1,646	0,195

a – Análise de variância(*F*)

b – Kruskal-Wallis(*H*)

*p* – valor prova

Comprovou-se pelos dados obtidos não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre o sexo feminino e masculino para nenhuma das dimensões avaliadas ( $p > 0,05$ ).

Já relativamente à idade verificou-se que nas dimensões cuidados médicos, organização dos serviços e recursos humanos existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre os grupos etários (valor  $p < 0,05$ ). Os adultos (35 - 64 anos de idade) foram os que apresentaram maior satisfação relativamente aos recursos humanos (81,69%) e cuidados médicos (77,96%), enquanto que os idosos ( $\geq 65$  anos de idade) foram o grupo mais satisfeito quanto à organização dos serviços (77,38%). Os jovens adultos (16-34 anos de idade) foram os que avaliaram menos favoravelmente os cuidados médicos, organização dos serviços e recursos humanos.

Quanto ao estado civil verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas na média de satisfação entre grupos relativamente aos recursos humanos ( $p < 0,05$ ). Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas na distribuição da satisfação quanto aos cuidados médicos ( $p < 0,05$ ). Segundo os resultados obtidos os indivíduos divorciados/separados foram os que se manifestaram mais satisfeitos em ambas as dimensões e os solteiros os menos satisfeitos.

Os resultados demonstraram também na escolaridade diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que refere à média de satisfação nos cuidados médicos ( $p < 0,05$ ) e à distribuição da satisfação na relação e comunicação ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos com formação superior foram os que se mostraram mais satisfeitos em relação às referidas dimensões enquanto que os que completaram o ensino secundário/médio foram os menos satisfeitos.

Na variável relativa à experiência, traduzida pelo número de consultas nos últimos 6 meses, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na média da satisfação com a resposta às necessidades ( $p < 0,01$ ). Os indivíduos que tiveram mais de 6 consultas foram os que apresentaram menor satisfação (63,15%) e os mais satisfeitos foram os que tiveram entre 3 a 6 consultas nos últimos 6 meses (74,41%). Relativamente às outras dimensões avaliadas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

### 3.3. Satisfação por tipo de unidade de saúde

Quanto à análise da satisfação por unidade de saúde verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas no que refere às médias de satisfação global Europep e de satisfação global nas áreas específicas entre as USF e UCSP ( $p < 0,001$ ). Na Tabela 13 apresentamos a descrição da satisfação em função do tipo de unidade e os resultados dos testes de hipóteses.

**Tabela 13** – Satisfação global por tipo de unidade de saúde

	Tipo de Unidade	n	Média (%)	Desvio padrão (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação global Europep	USF	205	79,93	16,30	4,194	0,000
	UCSP	319	73,38	18,16		
Satisfação global nas áreas específicas	USF	140	81,75	14,82	5,111	0,000
	UCSP	213	73,30	15,44		

*p* – valor prova

*t* – teste T de Student

Como podemos constatar as USF apresentaram médias de satisfação global mais elevadas, especialmente no que refere às áreas específicas. A satisfação global nas áreas específicas foi nas USF de 81,75% e de 73,30% nas UCSP.

Consideramos pertinente analisar, para além da satisfação global, a existência ou não de diferenças de satisfação entre unidades de saúde (USF e UCSP) relativamente às diferentes dimensões. Os resultados são apresentados na Tabela 14 e representados graficamente na figura 8.

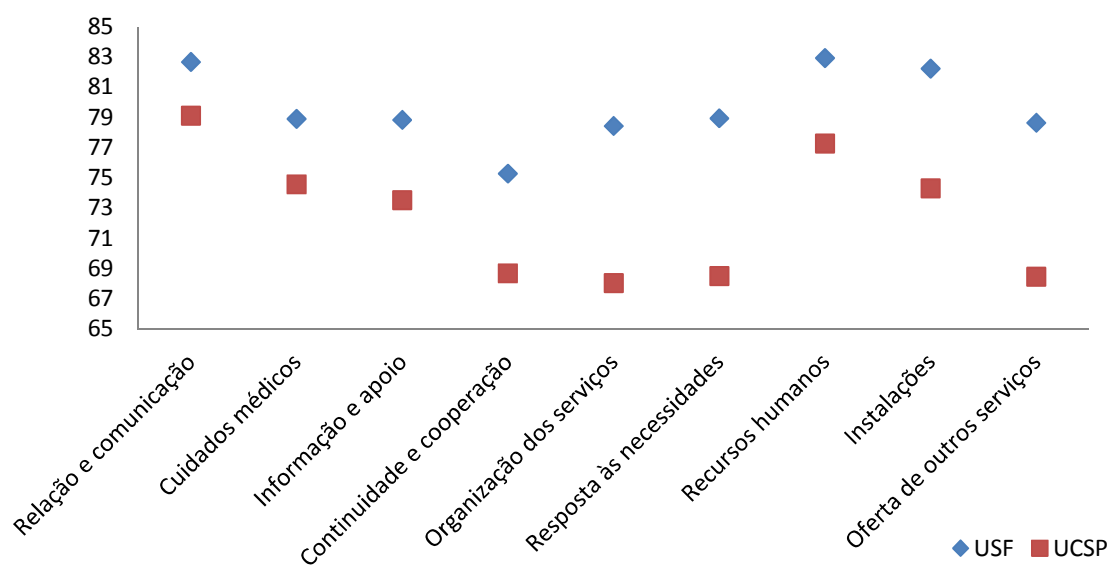
**Tabela 14** – Satisfação dos utentes das USF e UCSP nas diversas dimensões

	Tipo de Unidade	n	Média (%)	Desvio padrão (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Relação e Comunicação	USF	267	82,68	16,62	2,609	0,009
	UCSP	437	79,13	18,04		
Cuidados médicos	USF	258	78,91	18,42	2,809	0,005
	UCSP	441	74,58	20,39		
Informação e apoio	USF	262	78,84	19,73	3,202	0,001
	UCSP	445	73,54	22,11		
Continuidade e cooperação	USF	263	75,29	21,62	3,811	0,000
	UCSP	454	68,69	22,71		

**Tabela 14** – Satisfação dos utentes das USF e UCSP nas diversas dimensões (continuação)

	Tipo de unidade	n	Média (%)	Desvio padrão (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Organização dos serviços	USF	239	78,44	17,88	6,593	0,000
	UCSP	399	68,05	20,05		
Resposta às necessidades	USF	264	78,95	19,59	6,572	0,000
	UCSP	452	68,51	21,96		
Recursos humanos	USF	277	82,94	16,03	4,320	0,000
	UCSP	476	77,29	19,26		
Instalações	USF	290	82,24	16,30	6,033	0,000
	UCSP	487	74,32	19,87		
Oferta de outros serviços	USF	149	78,65	16,97	5,733	0,000
	UCSP	236	68,46	17,00		

*p* – valor prova  
*t* – teste T de Student



**Figura 9** – Representação gráfica da satisfação dos utentes das USF e UCSP nas diversas dimensões

Na análise comparativa efectuada verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de satisfação das USF e UCSP relativamente a todas as dimensões avaliadas ( $p < 0,01$ ).

Nas USF os participantes no estudo mostraram-se especialmente satisfeitos com os recursos humanos (82,94%), seguido da relação e comunicação (82,68%) e instalações (82,24%). É nas dimensões “continuidade e cooperação” e na “organização dos serviços” que os utentes das USF se demonstraram menos satisfeitos, com médias de satisfação de 75,29% e 78,44% respectivamente.

Nas UCSP os níveis mais baixos de satisfação foram relativos à organização dos serviços (68,05%). De seguida, com avaliação menos favorável nas UCSP esteve a oferta de outros serviços (68,46%), a resposta às necessidades dos utilizadores (68,51%) e a continuidade e cooperação (68,69%). As dimensões com maior satisfação nos utentes das UCSP foram, tal como verificado para as USF, a relação e comunicação (79,13%) e os recursos humanos (77,29%).

Como podemos facilmente observar através da figura 9 os utentes das USF apresentaram uma maior satisfação em todas as dimensões avaliadas que os utentes das UCSP, tendo, contudo, o comportamento da variável sido semelhante em ambas as unidades. A maior discrepância de satisfação entre USF e UCSP foi relativa à resposta às necessidades (diferença na média da satisfação de 10,44%), à organização dos serviços (diferença de 10,39%) e à oferta de outros serviços (diferença de 10,19%).

Procedemos também à análise, por tipo de unidade, da concordância com as afirmações relativas à recomendação da unidade de saúde e à intenção de mudança para outra unidade (Tabela 15).

**Tabela 15**– Recomendação da unidade de saúde e intenção de mudança por tipo de unidade

	Tipo de Unidade	n	Média (%)	Desvio padrão (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Recomendo fortemente esta unidade de saúde aos meus amigos	USF	293	78,95	23,26	7,437	0,000
	UCSP	488	65,51	26,35		
Não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de saúde	USF	292	77,17	27,29	3,968	0,000
	UCSP	484	68,87	28,77		

*p* – valor prova  
*t* – teste T de Student

Verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre as médias de concordância dos utentes das USF e das UCSP, tendo os utentes das USF demonstrado uma maior expressão quanto à concordância em ambas as afirmações. A média de concordância nos utentes das USF relativamente a recomendar a unidade a outros foi de 78,95% enquanto que nas UCSP foi de 65,51%. Quanto a não existirem razões para mudar para outra unidade de saúde, a média de concordância com a afirmação foi de 77,17% nas USF e 68,87% nas UCSP.

### **3.4. Opiniões dos utentes**

Neste ponto iremos apresentar uma análise qualitativa dos comentários deixados pelos utentes nas questões abertas relativas a surpresas agradáveis e desagradáveis encontradas na unidade de saúde. Estas questões permitiram aos utentes expressar livremente opiniões no que refere à sua experiência com a unidade de saúde e identificar aspectos não contemplados nas questões anteriores tipo Likert.

Procedeu-se à técnica de análise de conteúdo e à categorização das respostas obtidas. Com base nos aspectos mais referenciados pelos utentes foram criadas quatro categorias que correspondem às dimensões que emergiram dos comentários analisados: relacional, técnica, material e organizacional.

No total responderam às questões abertas 207 utentes e obtiveram-se 313 comentários dos quais 53,7% foram relativos a aspectos agradáveis encontrados.

#### **3.4.1. Surpresas agradáveis**

Relativamente às surpresas agradáveis obtiveram-se 143 comentários dos quais 33 (23,1%) referiam “estar tudo bem”, “estar contente com o serviço”, ou simplesmente indicavam a existência de surpresas agradáveis sem especificarem. Foram ainda encontradas 25 respostas que indicavam não ter existido nenhuma surpresa agradável.

A dimensão relacional foi a mais valorizada nos comentários, correspondendo a 29,4% das 143 respostas obtidas. Foram evidenciados aspectos das relações humanas tais como a “simpatia”,

“disponibilidade” e “atenção”. Na figura 10 são apresentados alguns dos comentários classificados nesta dimensão.

Código	Comentários
1007	Pessoal administrativo e de enfermagem prestáveis e simpáticos
1031	Os funcionários são muito cordeais, educados e prestativos
1038	Atendimento simpático com a parte médica sempre prestável e atenciosa.
3041	A atenção do médico pelo meu problema de saúde
4002	A atenção que o pessoal desta unidade tem para comigo
6035	Pessoal simpático no atendimento em todas as áreas profissionais
7025	Disponibilidade de todo o pessoal
9057	Encontrar pessoas simpáticas e prestáveis no atendimento
12022	Várias, inclusive disponibilidade e amabilidade em todos os departamentos do sector

**Figura 10** – Surpresas agradáveis na dimensão relacional

A dimensão “técnica” reuniu 22,4% das respostas. Nesta dimensão os comentários foram mais direccionados para a competência, profissionalismo, eficiência e qualidade no atendimento (figura 11).

Código	Comentários
1008	Competência dos profissionais de saúde demonstrada durante o atendimento quer a nível administrativo, médico ou de enfermagem
12063	Encontrei bons profissionais
3009	O atendimento foi sempre bom desde médico a todo o pessoal
4006	Que fiquei bom
6017	Tenho sido atendido, por todas as vezes que me desloco a este centro de saúde, com muito profissionalismo por todos
7011	Excelente atendimento
8031	Muito bem atendida pelos funcionários administrativos e pela equipa de enfermagem. Excelentes profissionais! Não tenho vindo à médica de família pelo que não tenho opinião para dar.
11003	Eficiência de todos os que aqui trabalham; rapidez na resolução de problemas.
12051	Um atendimento rápido e eficaz.

**Figura 11** – Surpresas agradáveis na dimensão técnica

Aspectos relativos à dimensão organizacional foram referidos em 19,5% dos comentários. Os mais enunciados foram relativos à organização, horários, tempo de espera e obtenção de consulta (figura 12).

Código	Comentários
1007	Unidade de saúde dinâmica e funcional.
1012	Gostei do atendimento, da organização, do pouco tempo de espera em relação ao cumprimento do dever em relação ao horário das consultas.
1041	A nível dos serviços está muito melhor que há uns anos atrás.
2035	Rapidez de resposta mediante necessidade de consulta.
3062	Sou sempre atendida quando preciso.
7009	Surpresas agradáveis, o facto da consulta aberta.
7025	Alargamento do horário de atendimento.
7045	Sempre que me desloquei aqui sem marcação de consulta e necessitei da consulta, fui sempre atendida por um médico mesmo não sendo o meu.
7046	Fiquei a saber da disponibilidade e flexibilidade de horários até mais tarde.
12052	Ter consulta quando precisamos.
15003	Rapidez na marcação de consultas médicas.

**Figura 12** – Surpresas agradáveis na dimensão organizacional

A dimensão material foi menos valorizada representando apenas 5,6% das respostas referentes às surpresas agradáveis. Os comentários foram direccionados para as instalações, ambiente e higiene (figura 13).

Código	Comentários
1034	Aspecto acolhedor.
1040	As instalações.
6046	Espaço físico da unidade.
6067	A limpeza de toda a área.
10002	A comodidade do espaço.
11003	Higiene do edifício.
11006	Limpeza nas instalações.

**Figura 13** – Surpresas agradáveis na dimensão material



### 3.4.2. Surpresas desagradáveis

Na questão relativa às surpresas desagradáveis obtiveram-se 92 respostas das quais 7 (7,6%) faziam referência à existência de surpresas desagradáveis sem, contudo, identificarem qualquer aspecto.

Foram ainda encontrados 53 comentários referentes simplesmente à ausência de surpresas desagradáveis. “Não”, “nunca tive”, “nenhuma” foram algumas das expressões encontradas para realçar a inexistência de aspectos negativos.

As respostas incidiram sobretudo sobre a componente organizacional, correspondendo a 59,8% das 92 respostas analisadas. Com 17,4% das respostas estiveram aspectos referentes à componente material. Os aspectos técnicos reuniram 9,8% das respostas e a componente relacional 5,4%.

Os utentes reforçaram o desagrado relativamente aos aspectos organizacionais, em especial os tempos de espera tanto para atendimento no dia da consulta como para obtenção de consulta. De realçar ainda alguns comentários referentes às taxas moderadoras.

Na figura 14 estão resumidos alguns dos comentários associados à dimensão organizacional.

Código	Comentários
3041	Os novos valores de taxas moderadoras e outros tratamentos de enfermagem
4043	Demora da marcação de consultas; espera demorada para atendimento médico.
6005	Tempo de espera na sala de espera para ser consultada pelo médico de família.
6034	Tempo de espera para atendimento do secretariado.
6064	O que mais desagrada é o tempo de espera.
8037	As longas horas de espera para ser atendida. Falta de pontualidade dos médicos.
9001	Aumento das taxas moderadoras atribuídas pelo governo.
9011	Esperar muito tempo para marcar uma consulta.
10002	O tempo de espera na sala de espera.
10022	A forma como demora para o médico consultar um utente.
10038	Espera-se muito tempo para se ser atendido e para se ter uma consulta no médico de família.
13081	Muito tempo à espera de ter a consulta.

**Figura 14 – Surpresas desagradáveis na dimensão organizacional**

A dimensão material englobou comentários referentes aos recursos materiais, condições físicas das unidades e ambiente (ruído e temperatura). Na figura 15 são apresentados grande parte dos comentários encontrados relativamente à dimensão material.

Código	Comentários
1007	Falta de recursos materiais para a prestação de serviços óptimos.
1008	Falta de material para a realização de tratamentos, como por exemplo: falta de penso impermeável para poder tomar duche sem se ter de preocupar em molhar o penso.
6025	Muito barulho.
6026	Espaço físico é horrível. Colunas no corredor e o espaço não chega para passagem de cadeiras de rodas, carrinho de bebé.
6027	Situação das casas de banho mal colocadas, corredores demasiado estreitos com colunas a impedir a passagem, espaço físico obsoleto.
6028	As instalações não são as mais adequadas para serviços de bombeiros.
6032	Casas de banho.
6052	Casas de banho mal situadas. Sala de espera pequena, corredores estreitos.
9032	Muito frio, isto é, o aquecimento encontra-se ligado mas não funciona nas devidas condições.
13070	Estacionamentos. Espaços para crianças.

**Figura 15** – Surpresas desagradáveis na dimensão material

Na dimensão técnica foram registados apenas 9 comentários de desagrado que incidiram, sobretudo, sobre a classe médica. Foram encontradas referências à falta de pontualidade dos médicos e a qualidade de atendimento (figura 16).

Código	Comentários
4007	As poucas vezes que venho a este centro de saúde nunca sou muito bem atendida pela minha médica de saúde.
4027	O atraso dos médicos de família.
6045	É impossível de falar com o médico de família pelo telefone porque ele deixou de atender o telefone há muito tempo.
7066	Mau atendimento pela doutora.
9019	Quando chego e não sou bem atendida tendo que me dirigir à urgência. É uma surpresa desagradável.
9025	O mau atendimento geral e o atraso em fazer seja o que for.
10030	Cheguei na hora de uma consulta marcada e não estava confirmada no computador.
13006	A forma como fui tratada nas minhas consultas de gravidez pelo «Nome08», é um péssimo médico.
13084	Ser mal atendida por uma médica.

**Figura 16** – Surpresas desagradáveis na dimensão técnica

Por último temos a dimensão relacional que reuniu apenas 5 comentários de desagrado que foram relativos à “antipatia” de alguns profissionais (figura 17).

Código	Comentários
1021	Só um dia uma funcionária não foi muito agradável no seu vocabulário. Desculpa-se por esta vez, na próxima reclamo.
7009	Surpresas desagradáveis, a má disposição de alguns médicos.
7037	Médicos antipáticos.
9128	Antipatia dos médicos.
10039	Na marcação de consultas externas a responsável pela marcação das consultas (para a Dr. <sup>a</sup> «Nome 07») é um pouco antipática. Não devia servir as pessoas nesta área.

**Figura 17** – Surpresas desagradáveis na dimensão relacional



# **Capítulo IV**

## **Discussão de Resultados**



Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados apresentados anteriormente como forma de melhor interpretar e compreender o seu significado. Tem ainda como propósito inferir e estabelecer associações no contexto de estudos já efectuados e analisados ao longo do capítulo do enquadramento teórico.

O objectivo do estudo é descrever a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde que lhe são prestados e verificar a influência das características sociodemográficas e do tipo de unidade de saúde nessa mesma satisfação. Nas hipóteses formuladas, H1 e H2, foram previstas relações de dependência entre estas mesmas variáveis enunciadas e a satisfação determinada.

Os utentes participantes no estudo demonstram de uma forma geral uma satisfação global positiva quer em relação aos indicadores Europep (75,95%) como aos indicadores referentes às áreas específicas (76,95%). Também nos comentários analisados a referência a aspectos agradáveis (143 comentários) sobrepôs-se aos desagradáveis (92 comentários).

As dimensões que reúnem maior satisfação são a “relação e comunicação”(80,47%), referente às dimensões Europep, e os “recursos humanos”(79,37%), dimensão relativa às áreas específicas. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Ferreira et al (2010) no seu estudo aplicado aos utilizadores das USF em que a “relação e comunicação” e “recursos humanos” se apresentaram igualmente como as dimensões com maior satisfação, embora com valores ligeiramente inferiores aos agora encontrados. Embora estes resultados sejam relativos apenas aum ACES, entre muitos criados com a reforma, levam-nos a crer que a prestação de cuidado de saúde no âmbito dos CSP está a evoluir favoravelmente e de encontro às expectativas dos utentes.

Nos recursos humanos destaca-se a competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem com 83,80% de satisfação sendo, entre todos no geral, o aspecto mais bem avaliado pelos respondentes. De seguida, com a segunda melhor avaliação temos o tempo dedicado pelo pessoal de enfermagem (83,50%) referente a “relação e comunicação”. Também Schoenfelder (2012) constatou no seu estudo que as relações interpessoais, sobretudo a nível da interacção entre enfermeiro e doente, são fortes promotoras de satisfação e mais valorizadas pelos doentes que as amenidades e os aspectos técnicos ou organizacionais dos cuidados.

Identificamos, porém, aspectos menos positivos, nomeadamente a “continuidade e cooperação” e “organização dos serviços” com uma satisfação de 71,11% e 71,94%, respectivamente.

Relativamente à organização dos serviços evidencia-se o tempo de espera na sala de espera por apresentar o mais baixo nível de satisfação (59,08%). Já em outros estudos de satisfação realizados em Portugal no âmbito dos CSP se tem verificado que os tempos de espera no dia da consulta constituem um dos factores principais de insatisfação (Ferreira et al, 2005; Santos et al, 2007) ou o aspecto que menos satisfação reúne (Ferreira et al, 2010). Os nossos resultados não revelam insatisfação, sendo a satisfação obtida positiva, mas apontam o tempo de espera no dia da consulta

como o aspecto que menos agrada aos participantes do nosso estudo, distanciando-se claramente em termos de média de satisfação de todos os outros itens avaliados.

Os comentários registados pelos utentes relativamente a surpresas agradáveis e desagradáveis encontradas na unidade de saúde são concordantes com os resultados da análise descritiva. Aspectos relacionados com a dimensão organizacional, em especial os tempos de espera na sala de espera como para obtenção de consulta, são os mais referidos pelos utentes como fontes de desagrado. Também no estudo de Santos et al (2007), de metodologia qualitativa, os comentários de maior insatisfação foram referentes ao tempo de espera no dia da consulta e dificuldades na marcação de consultas.

Achamos pertinente realçar ainda os comentários referentes às taxas moderadoras que até então não têm sido apontadas noutros estudos como factor de insatisfação. Porém, dado o actual contexto sociopolítico do país e as recentes alterações nos valores das taxas moderadoras, este aspecto surge agora como uma determinante da satisfação dos utentes. Parece-nos que o factor económico irá cada vez mais influenciar, entre outros aspectos, os níveis de satisfação dos utentes, como tal, deverá ser contemplado como item de avaliação em estudos de satisfação futuros.

Já relativamente às surpresas agradáveis a dimensão relacional é a que mais reúne comentários de agrado tal como já verificado no estudo de Santos et al (2007).

Um aspecto tradicionalmente associado à satisfação é a recomendação dos serviços. No nosso estudo constatamos que grande percentagem dos participantes (86,4%) recomenda fortemente a sua unidade de saúde a outros, tal como já sucedido no estudo de Ferreira et al (2010) aplicado em 2009 aos utilizadores das USF. Verificamos, da mesma forma, não haver intenção de mudança de unidade de saúde na maioria dos respondentes (85,2%). Em ambas as questões a média de concordância é muito aproximada; naturalmente que se o indivíduo recomenda a unidade de saúde é expectável que refira não haver razões para mudar de unidade.

A satisfação claramente positiva demonstrada pelos utentes determina os níveis bastante satisfatórios na intenção de recomendação e lealdade à unidade de saúde. Tal como constatado por Ferreirinha (2011), a satisfação global do utente tem um impacto positivo e significativo na intenção de lealdade e de recomendação. De acordo com Sais (citado por Ferreirinha, 2011) clientes satisfeitos são fiéis, falam bem da organização e tomam a iniciativa de recomendar.

Analisando os resultados obtidos para H1 verifica-se na nossa amostra, tal como já verificado noutros estudos (Hespanhol, 2005; Jackson et al, 2001), que o sexo do respondente não está relacionado com a sua satisfação. Relativamente às outras variáveis sociodemográficas e à de utilização da unidade de saúde observam-se diferenças na satisfação entre grupos em determinadas dimensões.



Na idade os resultados demonstram que os jovens (16-34 anos de idade) são os menos satisfeitos quanto aos cuidados médicos, organização dos serviços e recursos humanos, o que corrobora os resultados obtidos noutros estudos em que os jovens se manifestam como os menos satisfeitos (Ferreira et al, 2001; Hespanhol et al, 2005; Jackson et al, 2001).

Embora o estado civil não seja uma variável habitualmente considerada nos estudos de satisfação verifica-se no nosso estudo existirem diferenças de satisfação associadas ao estado civil. Os solteiros são os que se manifestam menos satisfeitos relativamente aos recursos humanos e cuidados médicos. Esta situação talvez esteja relacionada com o facto de os utentes solteiros serem por norma os mais jovens, que por sua vez são, habitualmente, os mais insatisfeitos. E, de facto, as dimensões em que os solteiros demonstram menor satisfação correspondem a dimensões também avaliadas menos favoravelmente pelos jovens.

Quanto à escolaridade constatamos que os utentes com formação superior são os mais satisfeitos no que refere à “relação e comunicação” e “cuidados médicos”. Os resultados encontrados noutros estudos apontam para níveis de satisfação inferiores nos utentes com menor literacia (Ferreira et al, 2001; Peck, 2011) o que não se constata no nosso estudo, sendo a menor satisfação manifestada pelos indivíduos com formação secundária/média.

Outro factor que se apresenta relacionado com a satisfação é a utilização da unidade de saúde. Verifica-se que os utentes da amostra que mais utilizam a unidade de saúde são os menos satisfeitos quanto à resposta às necessidades. Procuramos determinar qual o aspecto referente a esta dimensão que mais contribuiu para este resultado e, tal como esperado, verificou-se que a rapidez com que foi atendido na unidade de saúde foi o item avaliado menos favoravelmente pelo grupo dos indivíduos que tiveram mais de seis consultas nos últimos seis meses (média de satisfação de 57,76%). Relativamente à mesma variável, número de vezes que o utente recorreu à unidade de saúde nos últimos seis meses, Hespanhol et al (2005) constatou que os mais utilizadores eram os mais satisfeitos com o tempo demorado até conseguir uma consulta e com o tempo de espera no centro de saúde, o que contraria os resultados obtidos no nosso estudo.

Relativamente a H2 constata-se pelos resultados dos testes obtidos que existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação entre os utentes das USF e os da UCSP, tanto no que refere às satisfações globais como às várias dimensões.

Os utentes das USF apresentam em todas as dimensões avaliadas médias de satisfação mais elevadas, estando especialmente satisfeitos com os recursos humanos (82,94%), relação e comunicação (82,68%) e instalações (82,24%). Resultados semelhantes já se haviam verificado em 2009 no estudo de Ferreira et al (2010), embora com valores de satisfação ligeiramente inferiores; os autores aplicaram o seu estudo às 146 USF formadas no país naquela altura e constataram que os

utentes se encontravam mais satisfeitos com os recursos humanos (78,1%), instalações (76,7%) e relação e comunicação (76,5%) (Ferreira et al, 2010).

Atribuímos especial destaque para a divergência entre as médias de satisfação dos utentes das USF e UCSP nas dimensões “organização dos serviços”, “resposta às necessidades” e “oferta de outros serviços”. Posto tal, achamos que seria enriquecedor para esta discussão determinar quais os aspectos referentes a cada uma destas dimensões que mais determinam essa divergência.

Assim sendo, apuramos que relativamente à organização de serviços os itens com maiores diferenças de satisfação entre tipo de unidades são a facilidade em marcar uma consulta que convenha ao utente na unidade de saúde (diferença de 17,33%) e o tempo de espera na sala de espera (diferença de 16,56%).

O tempo de espera na sala de espera é, nas UCSP, o item com menor agrado dos utentes sendo a satisfação de apenas 52,94%. Contudo, comparado com a satisfação obtida para o mesmo item no estudo de Ferreira et al (2005), aplicado a todos os CS do país, verifica-se que ocorreram melhorias substanciais relativamente a este aspecto. As actuais UCSP resultam da reorganização dos CS e a satisfação com o tempo de espera que em 2004 era de apenas 32,6% (Ferreira et al, 2005) apresenta actualmente valor mais satisfatório, embora inferior ao de todos os outros aspectos avaliados. Na facilidade em marcar uma consulta a satisfação era nos CS, de acordo com mesmo estudo em 2004, de 39,2% (Ferreira et al, 2005) e actualmente é de 64,34% o que também traduz progressos significativos neste aspecto.

Quanto à resposta às necessidades o item em que se verificou uma maior discrepância nas médias de satisfação entre USF e UCSP foi a rapidez de atendimento na unidade de saúde, com uma diferença de 14,51%.

Relativamente à oferta de outros serviços apuramos que é na resposta às necessidades especiais dos utilizadores (ex: crianças, idosos e portadores de deficiência) e na possibilidade de marcação de consultas pela internet que as médias de satisfação dos utilizadores das USF e UCSP mais divergem.

A maior satisfação dos utentes das USF em todas as dimensões avaliadas surge associada a uma maior concordância dos referidos utentes quanto à recomendação da unidade de saúde. Enquanto que nas USF a média de concordância em recomendar a sua unidade de saúde a outros é de 78,95%, nas UCSP é de apenas 65,51%.

Quanto a não existirem razões para mudar para outra unidade de saúde a diferença de opiniões entre os utentes das USF e UCSP é menor; sendo a média de concordância nas USF de 77,17% e nas UCSP de 68,87%.

Contrariamente ao que ocorre nas USF, temos nas UCSP mais utentes a referir não existir razão para mudar de unidade (68,87%) do que a recomendá-la a outros (65,51%). Este facto poderá justificar-se por uma atitude de aceitação dos utentes face ao serviço que lhes é prestado embora não reconheçam qualidade de cuidados suficiente para recomendar a unidade a outros.



## Conclusões

A satisfação de utentes é considerada na mais vasta literatura um importante indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Os estudos de satisfação para além de darem a conhecer a percepção dos utentes sobre os cuidados que lhes são prestados permitem identificar áreas-chave de intervenção e assim implementar medidas fundamentais para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Dadas as profundas alterações estruturais nos CSP, levadas a cabo no âmbito da reforma, consideramos oportuno a aplicação de estudos de satisfação no sentido de monitorizar o impacto dessas mudanças na qualidade dos cuidados prestados.

Com este estudo pretendemos avaliar a satisfação dos utentes do ACES Tâmega I-Baixo Tâmega com os cuidados de saúde que lhes são prestados e determinar a influência das características sociodemográficas e do tipo de unidade de saúde (USF e UCSP) na satisfação.

As variáveis idade, estado civil, escolaridade e utilização da unidade de saúde determinam diferenças na satisfação dos utentes do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega. Os mais jovens, os solteiros e os que utilizam mais a unidade de saúde são os que avaliam menos favoravelmente os cuidados de saúde, ao passo que os indivíduos com formação superior são os mais satisfeitos.

De uma forma geral, constata-se que os utentes do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega fazem uma avaliação positiva dos cuidados que lhes são prestados nas unidades de saúde

As dimensões que mais contribuem para a satisfação global do utente são a “relação e comunicação” e “cuidados médicos”. Com avaliação menos favorável surgem a “continuidade e cooperação” e a “organização dos serviços”, destacando-se o tempo de espera na sala de espera, com uma média de satisfação de apenas 59,08%, seguido da possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família (65,59%).

Os comentários deixados pelos utilizadores reforçam estes resultados. Verifica-se que os aspectos organizacionais, em especial os tempos de espera, tanto para atendimento como para obter uma consulta; são os que mais desagradam. Quanto às surpresas agradáveis as respostas também vão de encontro aos resultados da estatística descritiva e incidem mais sobre a componente relacional.

O tipo de unidade de saúde determina também diferenças na satisfação. Os utentes das USF são os mais satisfeitos em todas as dimensões avaliadas e os que, naturalmente, mais recomendam a sua unidade de saúde. Estão especialmente satisfeitos com os recursos humanos (82,94%), relação e comunicação (82,68%) e instalações (82,24%). A menor satisfação surge relativamente à continuidade e cooperação (75,29%).

Nas UCSP a “relação e comunicação” e “recursos humanos” são as dimensões mais bem avaliadas com médias de satisfação de 79,13% e 77,29%, respectivamente. Os níveis mais baixos de satisfação são relativos à organização dos serviços (68,05%).

As dimensões em que a satisfação dos utentes das USF e das UCSP mais divergem são na “continuidade e cooperação”, “organização dos serviços” e “oferta de outros serviços”. Este facto leva-nos a concluir que o modelo organizacional das USF tem trazido mais-valias para uma prestação de cuidados de saúde mais funcional e mais direccionada para as necessidades dos utentes. Torna-se, no entanto, questionável a legitimidade de não proporcionar a todos os cidadãos a mesma qualidade de serviços, sendo que todo o utente tem direito à qualidade de cuidados e à equidade no acesso a cuidados de qualidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

De realçar, contudo, que apesar de não disporem dos mesmos apoios e incentivos, as equipas não organizadas em USF têm também demonstrado melhorias na prestação de cuidados que se reflectem numa maior satisfação dos seus utentes. Tem-se verificado, pelos estudos realizados ao longo dos últimos 10 anos, que a satisfação dos utentes relativamente a diversos aspectos da prestação de cuidados de saúde primários tem aumentado. Perante tal, cremos que a qualidade de cuidados tem sido uma preocupação real de todos os profissionais e demais actores envolvidos na prestação de cuidados de saúde primários, não se confinando apenas às USF.

Apesar da boa adesão dos utentes ao estudo, o envolvimento dos profissionais na entrega dos questionários não foi o desejável, o que se reflectiu, em algumas unidades de saúde, numa taxa de entrega inferior a 50%. Este facto talvez se justifique pelo facto de a aplicação deste tipo de estudos não ser uma prática corrente na instituição, o que por sua vez também leva a que os profissionais em questão não estejam devidamente sensibilizados para a sua importância. Torna-se fundamental disseminar estas práticas como forma de promover mudanças na organização que respondam aos desejos, expectativas e necessidades da população.

É assim desejável que este trabalho possa constituir um instrumento útil para o planeamento estratégico da instituição onde o estudo foi aplicado, no sentido de se promover uma maior qualidade de cuidados e maior satisfação dos utentes. Esperamos que possa igualmente ser um ponto de partida e motivação para novos estudos e para a implementação de avaliações regulares como forma não só de monitorizar acções correctivas como também destacar os bons desempenhos, independentemente do tipo de unidade de saúde em questão.

## Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Cuidados de saúde primários: Metodologia de contratualização*. Consultado a 7 de Agosto de 2012, disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14\\_Mar\\_2012\\_MetodologiaContratualizacaoCSP\\_2012.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf);

Alves, M.J. (2007). *O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Tese apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para a obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem;

Atun, R.(2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network. Consultado a 15 de Abril de 2012, disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>,

Barbosa, P.A.A. (2009). *O impacto das políticas de saúde na satisfação de utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários: Estudo de caso na unidade de saúde familiar Marginal*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, para a obtenção do grau de Mestre em Política Social;

Biscaia et al. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*(2ªed.).Lisboa: Fundação AstraZeneca;

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care[versão electrónica].*Quality Safety Health Care*, 11 (4), 358-364. Consultado a 10 de Agosto de 2012, disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/4/358.full.pdf+html>;

Carr-Hill, R.A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, 14 (3), pp.236-249;

Cleary, P.D. e McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality for care. *Inquiry*, 25 (1), pp.25-36;

Coordenação Estratégica. (2010). *O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal?* Consultado a 10 de Dezembro de 2011, disponível em: [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgcs/content/page\\_105/texto01-oqueestamudarnoscspemportugal.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgcs/content/page_105/texto01-oqueestamudarnoscspemportugal.pdf);

Coordenação Estratégica. (2011a). *Reforma dos cuidados de saúde primários: Relatório de progresso 2*. Lisboa:Ministério da Saúde;

Coordenação Estratégica. (2011b). *Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Correia, Cristina. (2010). *Cuidados de saúde primários: Investir na saúde, construir a mudança*. Consultado a 10 de Dezembro de 2011, disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/CCorreia-PNS-CSP.pdf>;

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, Inc;

Donabedian, A. (1980). *Definition of quality and approaches to its assessment*. In Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1. Michigan: Health Administration Press;  
Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Porto: ERS;

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Relatório sobre “ A carta dos Direitos dos Utentes”*. Consultado a 11 de Junho de 2011, disponível em: [http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio\\_Carta\\_Direitos\\_Utentes.pdf](http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio_Carta_Direitos_Utentes.pdf);

Espiridião, M.A. e Trad, L.A. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: Considerações teórico-conceituais. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), pp.1267-1276;

Fan, V.S., Burman, M., McDonell, M.B. e Fihn, S.D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 20 (3), pp.226-233;

Ferreira, P.L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (33), pp.93-112;

Ferreira, P.L. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários: Enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (16), pp.53-62;

Ferreira, P.L., Afonso, P.B., Raposo, V., Godinho, P. (2003). *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Coimbra: Instituto do Consumidor;

Ferreira, P.L., Antunes, P. e Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados de saúde primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Ferreira, P.L., et al. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp.53-61;

Ferreira, P.L., Raposo V., Godinho, P.. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde;

Ferreirinha, B.M.L. (2011). *A satisfação do utente e a qualidade percebida: A avaliação dos utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Maia*. Dissertação apresentada à Universidade do Minho para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidade de Saúde;

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, (302),p.1129-1132;

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Atlas;

Grogan, S., Conner, M., Willits, D. e Norma, P. (1995). Development of a questionnaire to measure patient's satisfaction with general practitioners services. *British Journal of general Practice*, 45, pp.525-529;

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (2010). *Tempos decisivos: Da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Reagrupamento dos centros de saúde: Aspectos e princípios a ter em conta*. Lisboa: Ministério da Saúde;



Hespanhol, A., Ribeiro, O., Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar qualidade no centro de saúde São João: Satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), pp.191-197;

Irish Society for Quality and Safety in Healthcare. (2003). *Measurement of patient satisfaction: Guidelines*. Consultado a 10 de Julho de 2012, disponível em: [http://www.dohc.ie/issues/health\\_strategy/action48.pdf?direct=1](http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action48.pdf?direct=1);

Jackson, J.L., Camberlin, J. e Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, pp.609-620.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16 (5), pp.577-582;

Malik, A.M. e Schiesari, L.M. (1998). *Saúde e cidadania: Qualidade na gestão local de serviços e acções de saúde*, Vol.3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Consultado a 13 de Agosto de 2012, disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20e%20Cidadania%20Volume03.pdf>;

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber Lda.

McIntyre, T.M. et al (2002). *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Avaliação e divulgação*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte;

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. Brasil: Manole Ltda;

Miguel, L.S. e Sá, A.B. (2010). *Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde;

Ministério da Saúde. (2008). *Agrupamentos de centros de saúde: Unidade de cuidados de saúde personalizados*. Consultado a 2 de Junho de 2011, disponível em: [http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page\\_94/ACES\\_UCSP.pdf](http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_94/ACES_UCSP.pdf);

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação do agrupamento de centros de saúde*. Lisboa;

Neto, M.A.L. (2005). Auditorias internas de qualidade em cuidados de saúde primários: Abordagem organizacional, cultural e multidisciplinar dos centros de saúde a propósito da prevenção secundária do cancro da mama. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Consultado a 7 de Junho de 2011, disponível em: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/auditorias\\_internas\\_qualidade\\_em\\_csp.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/auditorias_internas_qualidade_em_csp.pdf);

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2012). *OECD health data 2012: base de données de l'OCDE sur le sante*. Paris: OCDE;

Palmer, R.H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: Principles and practice*. Chicago: American Hospital Publishing;

Peck, B.M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2011, pp.1-10;

Pereira, M-G., Araújo-Soares, V. e McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), pp.69-80;

Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia* (80ª ed.). Consultado a 2 de Fevereiro de 2012, disponível em: <http://www.min->

[saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm](http://saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm);

Pisco, L. e Biscaia, J.L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp.43-51;

Ribeiro, A.L.A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. João para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem. Porto;

Santos, O. et al (2007). *Os centros de saúde em Portugal: A satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa;

Saultz, J.W. e Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 2 (5), pp.445-451;

Schoenfelder, T. (2012). Get a good rate. *Nursing Standard*, 26 (38), pp.61-62;

Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, pp.65-82;

Starfield, B. (2008). Quality and outcomes framework: patient centered?. *Lancet*, 372, pp.692-694;

Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180 (11), pp.1091-1092. Consultado a 15 de Abril de 2012, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683215/pdf/1801091.pdf>;

Vaitsman, J. e Andrade, G.R. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde [versão electrónica]. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10 (3), pp.599-613. Consultado a 12 de Agosto de 2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>;

Ware, J.E., Snyder, M.K. e Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, pp.247-263;

Weiss, G.L. (1988). Patient satisfaction with primary medical care: Evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Medical Care*, 26 (4), pp.383-392;

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*; 38 (4), pp.509-516.

#### **Legislação consultada:**

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República nº 38 - 1ª Série A. Ministério da Saúde. Lisboa;

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. Diário da República nº 168 - 1ª Série A. Ministério da Saúde. Lisboa;

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº 195 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa;

Portaria nº 301/2008, de 18 de Abril. Diário da República nº 72 - 1ª Série. Ministérios da Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

## **Anexos**

# **Anexo I**

Questionário Europep



Centro de Estudos e Investigação  
em Saúde da Universidade de Coimbra



ARS NORTE  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



## Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde

(A PREENCHER PELO CESUC)

Pedimos-lhe que pense na qualidade dos cuidados que lhe foram prestados  
**nesta unidade de saúde.** A informação que nos fornecer será confidencial  
e servirá para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.  
Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.  
**Muito obrigado pela sua colaboração.**






**1 Esta é a sua primeira consulta nesta Unidade de Saúde?** ☐<sub>1</sub> Sim ☐<sub>2</sub> Não

Se **NÃO**, quantas mais vezes veio a esta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses? \_\_\_\_\_






**Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 6 meses em relação a:**

	Excelente	Bom	Regular	Mau	Mau	Não se aplica
<b>2</b> Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>3</b> Interesse mostrado pela sua situação pessoal	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>4</b> Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>5</b> Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>6</b> Forma como o médico o/a ouviu	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>7</b> Confidencialidade da informação sobre o seu processo	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>8</b> Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>9</b> Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>





Que avaliação faz do seu médico de família nos últimos 6 meses em relação a:

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
10 Atenção dispensada aos seus problemas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11 Exame clínico feito pelo médico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12 Oferta de serviços de prevenção de doenças (por exemplo, rastreio, check-ups e vacinas)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13 Explicação dos objectivos dos exames, dos testes e dos tratamentos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14 Forma como foi suficientemente informado/a sobre os seus sintomas e a sua doença	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15 Ajuda que recebeu para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado de saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16 Apoio que recebeu para compreender porque é importante seguir os conselhos do seu médico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17 Conhecimento sobre o que foi feito e dito em anteriores contactos nesta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18 Preparação sobre o que esperar de especialistas, dos cuidados hospitalares ou outros prestadores de cuidados	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6






Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses em relação a:

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
19 Tempo que lhe foi dedicado pelo pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
20 Forma como foi contactado/a para utilizar os serviços de prevenção de doenças fornecidos por esta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
21 Apoio, em geral, que recebeu do pessoal desta Unidade de Saúde, além dos médicos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
22 O horário de atendimento desta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
23 A pontualidade dos profissionais	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
24 A competência, cortesia e carinho do pessoal médico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
25 A competência, cortesia e carinho do pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**Que avaliação faz desta Unidade de Saúde nos últimos 6 meses em relação a:**

	 Excelente				 Mau	Não se aplica
26 A competência, cortesia e carinho do pessoal do Secretariado Clínico	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
27 Facilidade em marcar uma consulta que lhe convenha nesta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
28 Possibilidade de falar pelo telefone para esta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
29 Possibilidade de falar pelo telefone com o médico de família	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
30 Tempo que esperou na sala de espera	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
31 O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
32 A liberdade de escolha de profissional de saúde e a possibilidade de segunda opinião	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
33 A rapidez com que os problemas urgentes de saúde foram resolvidos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
34 Os serviços ao domicílio fornecidos por esta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
35 O conforto geral desta Unidade de Saúde (comodidade, temperatura, ambiente, ruído, iluminação, instalações)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
36 A limpeza das instalações desta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
37 A organização geral dos serviços oferecidos por esta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
38 A rapidez com que foi atendido/a nesta Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**Dê-nos agora, por favor, o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações:**

	 Discordo muito	 Discordo	 Concordo	 Concordo muito	 Não sei
39 Esta Unidade de Saúde responde às necessidades dos utilizadores (por exemplo, de crianças, idosos e portadores de deficiência).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40 Esta Unidade de Saúde permite a marcação de consultas pela internet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41 Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde aos meus amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42 Não vejo qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**43 Durante as suas visitas a esta Unidade de Saúde teve algumas surpresas agradáveis ou desagradáveis?**

Surpresas  
agradáveis

Surpresas  
desagradáveis

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

**44 Qual é o seu sexo?**    ☐<sub>1</sub> Feminino    ☐<sub>2</sub> Masculino

**45 Qual é a sua idade?** ..... anos

**46 Qual é a sua situação familiar?**

- ☐<sub>1</sub> Casado/a com registo
- ☐<sub>2</sub> Casado/a sem registo – união de facto
- ☐<sub>3</sub> Solteiro/a
- ☐<sub>4</sub> Viúvo/a
- ☐<sub>5</sub> Divorciado/a
- ☐<sub>6</sub> Separado/a

**47 Que grau de ensino é que completou?**

- ☐<sub>1</sub> Não sabe ler nem escrever
- ☐<sub>2</sub> Só sabe ler e escrever
- ☐<sub>3</sub> 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ☐<sub>4</sub> 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ☐<sub>5</sub> 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ☐<sub>6</sub> Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ☐<sub>7</sub> Ensino Médio
- ☐<sub>8</sub> Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

---

**MUITO OBRIGADO POR NOS TER AJUDADO A PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.**



## **Anexo II**

Autorização para aplicação do questionário

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE  
ACES TÂMEGA 1 BAIXO TÂMEGA  
DR CARLOS GOMARÃES  
DIRECTOR EXECUTIVO

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE  
ACES TÂMEGA 1 BAIXO TÂMEGA  
DR CARLOS GOMARÃES  
DIRECTOR EXECUTIVO

*Autorizada*  
12/01/2012  
*[Assinatura]*

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE  
ACES TÂMEGA 1 BAIXO TÂMEGA  
Nº DOCUMENTO 045-  
DATA 12-01-2012 *[Assinatura]*

Exmo. Sr.º Director Executivo  
ACES Baixo Tâmega – Tâmega I

Carla Sofia de Azevedo Meneses Machado, Enfermeira Graduada a exercer funções na UCSP Amadeo de Souza Cardoso, Centro de Saúde de Amarante, e a frequentar o Mestrado em Gestão de Organizações: Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico do Porto, vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicação de um questionário aos utentes das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Saúde Familiar do ACES, no âmbito da tese de mestrado cujo tema é a “Satisfação de Utesntes”.

A opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde. A avaliação da satisfação dos utentes permite obter indicadores importantes para a implementação de estratégias de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde, apoiados pela opinião de quem recebe esses cuidados.

O objectivo geral deste estudo é monitorizar os níveis de satisfação dos utentes das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiares com os cuidados que lhes são prestados e identificar os factores que influenciam a mesma. Pretende-se, também, obter dados que permitam comparar os níveis de satisfação dos utilizadores das USF e das UCSP e identificar factores determinantes nos índices de satisfação e áreas chaves de intervenção.

O instrumento de colheita de dados que será utilizado é um questionário adaptado do Europep desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e já largamente testado e validado em Portugal. Será aplicado a uma amostra de utentes que recorram à sua Unidade de Saúde durante um período x a determinar.

No questionário são apresentados vários itens em relação aos quais se pede ao utente o seu grau de satisfação ou concordância através de uma escala de Likert de 4 pontos. São medidas as seguintes dimensões:

- Relação e comunicação estabelecida com os profissionais de saúde;
- Cuidados médicos;
- Informação e apoio recebida pelos utilizadores;
- Continuidade e cooperação com outros níveis de cuidados;
- Organização dos serviços.

Para além destas dimensões que constituem os indicadores-chave Europep, são avaliadas áreas específicas, nomeadamente a satisfação dos utilizadores face a:

- Oferta de outros serviços;
- Resposta às necessidades dos utilizadores;
- Recursos humanos;
- Instalações.

O questionário possui ainda duas questões abertas relativas aos aspectos mais positivos e negativos encontrados nas Unidades, de forma a permitir aos inquiridos um espaço para expressar livremente opiniões e comentários.

Por fim temos os dados sociodemográficos para a caracterização da amostra e que incluem: sexo, idade e escolaridade.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais e não serão usados para outros efeitos.

Sem outro assunto de momento.

Peço deferimento.

Com os meus melhores cumprimentos,

*Carla Sofia Machado*

Amarante, 11 de Janeiro de 2012

## **Anexo III**

Instruções de aplicação do questionário

## **Estudo “satisfação de utentes”**

### **Instruções de Aplicação do Questionário**

O questionário deverá ser aplicado de forma aleatória aos utentes que durante 3 dias consecutivos, previamente anunciados, recorram por qualquer motivo à sua Unidade de Saúde. Os profissionais da recepção da Unidade deverão pedir aos utilizadores com 16 ou mais anos de idade que os preencham presencialmente, salientando a importância da sua opinião.

De forma a garantir a aleatoriedade do processo de amostragem os questionários deverão ser entregues ao utente na relação de um em cada três, ou seja, em cada três utentes que se dirigem à Unidade deverá ser entregue um questionário.

Preferencialmente deverá existir na Unidade um elemento, não profissional de saúde, disponível para auxiliar os utentes, se necessário.

São critérios de inclusão na amostra:

- Apresentar idade igual ou superior a 16 anos;
- Possuir capacidade de comunicação verbal;
- Considerar apenas uma ida durante o período de colheita de dados.

Constituem critérios de exclusão da amostra:

- Não querer participar no estudo;
- Não saber ler, nem escrever e não ter capacidade de comunicar verbalmente.

No final dos 3 dias de aplicação do instrumento cada Unidade deverá reunir os seus questionários num sobrescrito identificado com o nome da respectiva Unidade, e enviá-los da forma mais expedita para o Gabinete do Cidadão do Centro de Saúde de Amarante.

**Importante cada Unidade juntar aos seus questionários a indicação do número de questionários efectivamente não entregues aos utilizadores (sobras).**